

Université de Sherbrooke

Modélisation d'une intervention visant à favoriser le processus de réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein

Par
Maryse Caron
Programme de doctorat Recherche en sciences de la santé

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention
du grade de philosophiae doctor (Ph.D.) en Recherche en sciences de la santé

Sherbrooke, Québec, Canada
Janvier, 2020

Membres du jury d'évaluation

Chantal Sylvain, Ph.D., erg., présidente de jury	École de réadaptation
Marie-José Durand, Ph.D., erg., directrice	École de réadaptation
Dominique Tremblay, Ph.D., inf., directrice	École des sciences infirmières
Frédéric Gilbert, Ph.D., externe	Département d'organisation et ressources humaines École des sciences de la gestion Université du Québec à Montréal
Marie-Pierre Gagnon, Ph.D., externe	Faculté des sciences infirmières Université Laval

© Caron, 2020

SOMMAIRE

Modélisation d'une intervention visant à favoriser le processus de réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein

Par

Maryse Caron

Programme de doctorat Recherche en sciences de la santé

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de philosophiae doctor (Ph. D.) en Recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Problématique : La reprise du travail des survivantes du cancer du sein peut représenter un défi qui doit être compris davantage afin de favoriser le développement d'interventions permettant de mieux les soutenir. **But :** Modéliser une intervention visant la réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein. **Méthode :** Une étude de cas a été réalisée. Le cas était défini comme étant le processus de réappropriation du travail après un cancer du sein durant les phases d'absence, de retour (RAT) et de maintien (MAT). Trois sources de données ont été privilégiées : 1) survivantes du cancer du sein en MAT, 2) écrits scientifiques sur les interventions visant le RAT et le MAT des survivants du cancer et 3) experts du terrain. Des entrevues ont été réalisées avec les sources 1 et 3. Une revue de la littérature inspirée de Whittemore et Knalf a été réalisée. Une intervention, basée sur l'ensemble des résultats de l'étude de cas, a été modélisée sous forme d'un modèle logique. **Résultats :** Trois principaux constats sont issus de l'étude de cas : 1) de multiples facteurs interreliés durant les phases d'absence, de RAT et de MAT favorisent ou nuisent au processus de réappropriation du travail, 2) il existe un écart entre le contenu des interventions visant le RAT et le MAT des survivants du cancer et les facteurs identifiés comme charnières par les survivantes du cancer du sein et 3) les milieux de travail semblent encore très peu mobilisés dans ces interventions. L'intervention est présentée sous la forme d'un modèle logique comprenant, entre autres, trois activités: 1) invitation, de l'employeur à la survivante, à maintenir la communication avec le milieu de travail pendant l'absence, 2) utilisation d'un guide commun de préparation des phases de RAT et de MAT, par l'employeur et la survivante, et 3) utilisation d'un guide d'autogestion par la survivante. **Discussion :** L'intervention élaborée est riche puisqu'elle est ancrée dans le vécu des survivantes, basée sur les données probantes et contextualisée. Elle se distingue par une concertation entre l'employeur et la survivante au cours de la phase d'absence, une conceptualisation de la santé allant au-delà de la gestion des symptômes et la suggestion d'une interaction dynamique entre les résultats poursuivis par l'intervention, pouvant influencer le sentiment d'efficacité personnelle face au travail. **Conclusion :** Bien que de prochaines étapes de validations soient nécessaires, l'intervention proposée est une première étape prometteuse pour favoriser le processus de réappropriation du travail après un cancer du sein.

Mots clés : cancer du sein, retour au travail, maintien au travail, intervention, processus de réappropriation du travail

SUMMARY

Modelling of an intervention to promote the return-to-work process of breast cancer survivors

By

Maryse Caron

Doctoral program in Health Sciences Research

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Doctor of Philosophy in Health Sciences Research, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Background: Returning and staying at work after treatments is a common challenge for cancer survivors. There is a need for a better understanding of the return-to-work process in order to be able to develop improved interventions to support breast cancer survivors returning to work. **Goal:** To model an intervention to support the return-to-work process of breast cancer survivors. **Methods:** A case study was conducted. The case was defined as the return-to-work process comprising the absence phase, the return-to-work phase (RTW) and the stay-at-work phase (SAW). Three sources of data have been prioritised: 1) breast cancer survivors, 2) literature on interventions designed to support the return-to-work process after a cancer diagnosis and 3) field experts. Semi-structured interviews were carried out with sources 1 and 3. A literature review was performed using a method inspired by the Whittemore and Knalf approach. An intervention was then modeled based on the overall results of the case study. **Results:** Three findings emerged from the case study: 1) there are multiple interrelated factors during the absence, RTW and SAW phases that can positively or negatively affect the return-to-work process, 2) there is a gap between the content of interventions designed to support the return-to-work process after cancer and the factors identified by the breast cancer survivors and 3) very few of these interventions integrate the workplaces. The modeled intervention is presented in the form of a logic model comprising activities, products, results and effect. The activities are: 1) an invitation, from the employer to the survivor, to maintain communication during the absence period, 2) the use of a common guide, by the employer and the survivor, to prepare the return-to-work and stay-at-work periods and 3) the use of a health self-management guide by the survivor. **Discussion:** The developed intervention is rich because it is framed within the reality of breast cancer survivors, it is evidence-based, and it is contextualized. Moreover, the intervention coming from this study is characterized by: 1) a concertation between the employer and the survivor during the absence period, 2) a conceptualization of the survivor's health that goes beyond symptom management and 3) the suggestion of a dynamic interaction between the wanted results of the intervention that might influences the survivor's work self efficacy. **Conclusion:** Even if the next step should be to validate the proposed intervention, the latter represents a promising way to support the return-to-work process after breast cancer.

Keywords: breast cancer, return to work, stay at work, intervention, return-to-work process

TABLE DES MATIÈRES

1. Problématique	1
2. Recension des écrits	5
2.1 La reprise du travail après un cancer du sein	5
2.1.1 Le concept de reprise du travail	5
2.1.2 Les leviers et obstacles associés aux phases d'absence, de RAT et de MAT..	6
2.2 Les modèles conceptuels portant sur la reprise du travail après un cancer.....	12
2.2.1 Le modèle « Relationship between cancer, quality of life, and work outcomes » de Steiner et collègues (2004).....	12
2.2.2 Le modèle « Factors impacting return to work » de Amir et collègues (2009)	13
2.2.3 Le modèle « Cancer and work » de Feuerstein et collègues (2010).....	15
2.2.4 Le modèle « Experience of cancer and work » de Wells et collègues (2013)17	
2.3 Les interventions pour favoriser la reprise et le maintien au travail après un cancer	20
2.3.1 Les interventions étudiées dans le but de favoriser la reprise et le maintien au travail des survivants du cancer	20
2.3.2 Recommandations pour le développement d'interventions complexes.....	25
2.4 Un modèle pour guider la présente étude.....	27
2.4.1 Présentation du modèle conceptuel intégrateur	28
2.5 But et objectifs de l'étude	36
3. Méthode	38
3.1 Devis	38
3.2 Objectif 1 : Identifier les facteurs et décrire les interrelations qui auront une influence sur le processus de réappropriation du travail à la suite d'un cancer du sein ..	41
3.2.1 Sources de données	41

3.2.2	Approche méthodologique de la collecte des données	43
3.2.3	Analyse des données	44
3.2.4	Présentation des résultats	45
3.3	Objectif 2 : Identifier les interventions étudiées visant le retour et le maintien au travail des survivants du cancer	46
3.3.1	Sources de données	46
3.3.2	Approche méthodologique de la collecte de données.....	46
3.3.3	Analyse des données	50
3.3.4	Présentation des résultats	52
3.4	Comparaison et intégration des résultats des objectifs 1 et 2	52
3.5	Objectif 3 : Apprécier la pertinence et l'applicabilité de l'intervention auprès d'experts du terrain	53
3.5.1	Sources de données	53
3.5.2	Approche méthodologique de la collecte de données.....	54
3.5.3	Analyse des données	55
3.5.4	Présentation des résultats	55
3.6	Modélisation de l'intervention émergeant de l'étude de cas.....	56
3.7	Considérations éthiques	56
4.	Résultats.....	58
4.1	Objectif 1 : Identifier les facteurs et décrire les interrelations qui auront une influence sur le processus de réappropriation du travail à la suite d'un cancer du sein ..	58
	Article 1	59
4.1.1	Résultats complémentaires de l'objectif 1	81
4.1.2	Synthèse des résultats de l'objectif 1	92
4.2	Objectif 2 : Identifier les interventions étudiées visant le retour et le maintien au travail des survivants du cancer	94

Article 2	95
4.2.1 Synthèse des résultats de l'objectif 2	122
4.3 Comparaison et intégration des résultats des objectifs 1 et 2	122
4.4 Objectif 3 : Apprécier la pertinence et l'applicabilité de l'intervention auprès d'experts du terrain	123
4.4.1 Appréciation de la pertinence de la proposition d'intervention.....	124
4.4.2 Suggestions de formes d'activités pour une intervention applicable.....	125
4.4.3 Appréciation de la pertinence et l'applicabilité de l'intervention modélisée	126
4.5 Modélisation de l'intervention sous forme d'un modèle logique	127
5. Discussion générale	135
5.1 Les caractéristiques de l'intervention développée	135
5.2 Les approches méthodologiques utilisées pour la modélisation de l'intervention	139
5.3 Les forces et les limites	143
5.3.1 Les forces de l'étude.....	143
5.3.2 Les limites de l'étude.....	145
5.4 Les constats en regard à la pratique	146
5.5 Les pistes pour les recherches futures.....	147
6. Conclusion	149
Références.....	151
Annexe 1 – Guides d'entrevue des survivantes du cancer du sein	164
Annexe 2 – Questionnaire post-entrevue.....	171
Annexe 3 – Grille de codage semi-ouverte.....	178
Annexe 4 – Exemple de matrice pour l'analyse de contenu.....	181
Annexe 5 – Exemple de figure présentée lors du retour aux survivantes.....	184
Annexe 6 – Grilles d'extraction systématique des données pour la revue des écrits	186

Annexe 7 – Matrices de présentation et de comparaison des données pour la revue des écrits	189
Annexe 8 – Exemples de matrices de comparaison et intégration des résultats des objectifs 1 et 2	196
Annexe 9 – Guides d’entrevue des experts du terrain	201
Annexe 10 – Approbation éthique	206
Annexe 11 – Formulaire de consentement des survivantes du cancer du sein	209
Annexe 12 – Formulaire de consentement des experts du terrain	216
Annexe 13 – Proposition d’intervention présentée aux experts du terrain	223

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Définitions des phases du processus proposé par Young et collègues (2005).....	6
Tableau 2 Leviers et obstacles associés à la phase de RAT après un cancer	8
Tableau 3 Synthèse des caractéristiques des interventions recensées dans quatre revues de écrits	21
Tableau 4 Approche ARA et objectifs de l'étude	37
Tableau 5 Structure de l'étude de cas	40
Tableau 6 Définitions des concepts considérés dans la revue intégrative des écrits	47
Tableau 7 Éléments constitutifs du cadre PICO et mots-clés utilisés	49
Tableau 8 Processus d'analyse et d'interprétation des données	51
Tableau 9 Types d'éléments compris dans un modèle logique et leur définition	56

Tableaux de l'article 1

Table 1 <i>Personal, disease-related, and work-related characteristics of the participants...</i>	67
Table 2 <i>Practices of the supervisor perceived as helpful and lacking by participants</i>	73

Tableaux de l'article 2

Tableau 1 Caractéristiques générales des articles inclus (milieux cliniques).....	104
Tableau 2 Typologie et définition des activités composant les interventions offertes en milieux cliniques.....	111

LISTE DES FIGURES

Figure 1 <i>Relationship between cancer, quality of life, and work outcomes</i>	12
Figure 2 <i>Factors impacting return to work</i>	14
Figure 3 <i>Cancer and work</i>	16
Figure 4 <i>Experience of cancer and work</i>	18
Figure 5 <i>Modèle conceptuel intégrateur pour guider la présente étude</i>	29
Figure 6 <i>Prise de décision unilatérale relative au moment du retour au travail</i>	88
Figure 7 <i>Facteurs perçus comme ayant une influence sur le processus de réappropriation du travail</i>	93
Figure 8 <i>Modèle logique de l'intervention</i>	129

Figures de l'article 2

Figure 1 <i>Stratégie de sélection des articles</i>	102
Figure 2 <i>Ligne du temps pour situer le moment où se mènent les interventions incluses</i> . ..	109

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGNES

ARA	:	approche « active-réactive-adaptative »
MAT	:	maintien au travail
MRC	:	Medical Research Council
RAT	:	retour au travail
SEPT	:	sentiment d'efficacité personnelle face au travail

On apprend toujours seul, jamais sans les autres.
Philippe Carré

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mes directrices de thèse sans qui rien de tout ceci n'aurait été possible. Merci à la Professeure Dominique Tremblay pour son soutien et son sens de la rigueur qui, espérons-le, teinteront la suite de ma carrière en recherche. Merci aussi à la Professeure Marie-José Durand, qui aura toujours été là, dans les bons moments comme les plus difficiles. Elle est une inspiration pour la professeure-chercheuse que je souhaite devenir.

Merci à la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Bombardier et Pratt and Whitney) et à la Fondation de l'Équipe de recherche en incapacité au travail (Programme santé et société du FRSQ) pour leur soutien financier pendant ces années d'études.

Je souhaite aussi remercier les dix femmes qui ont eu la générosité de partager leur expérience avec moi. Sans elles, je n'aurais pas pu participer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la reprise du travail après un cancer. Merci de votre confiance!

Un merci tout spécial à monsieur Jean Hamel sans qui cette aventure n'aurait tout simplement jamais débuté.

Finalement, merci à mes trois hommes et à ma poulette d'amour. Nous sommes une équipe et ensemble, nous y sommes arrivés! Je vous aime!

1. PROBLEMATIQUE

Au Québec, chaque année, un nombre considérable de femmes sont atteintes d'un cancer du sein. Les experts estiment que 87 % de ces dernières survivront plus de cinq ans après leur diagnostic (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer [CCSCC], 2017). De plus, selon un rapport de la Société canadienne du cancer (2017), 44 % de ces femmes ont moins de 60 ans, ce qui correspond souvent à une période de vie active au travail. Ces statistiques sont d'ailleurs semblables à celles de plusieurs autres pays industrialisés, dont les États-Unis et le Royaume-Uni (American Cancer Society, 2018 ; Cancer Research UK, 2018).

Un diagnostic de cancer du sein peut avoir un effet sur la participation active des survivantes sur le marché du travail (Noeres *et al.*, 2013). En effet, une majorité de femmes diagnostiquées d'un cancer du sein au Canada et qui reçoivent de la chimiothérapie s'absenteront du travail au moins pour la période de traitement actif contre le cancer (Dunbrack, 2010).

La reprise du travail après la fin des traitements peut être un aspect important pour les survivants d'un cancer, peu importe le siège tumoral. Certaines études qualitatives ont proposé que de reprendre le travail pouvait entre autres favoriser l'estime de soi, fournir une sécurité financière et prendre la signification d'un retour à une vie « normale » pour ces survivants (Nachreiner *et al.*, 2007; Rasmussen et Elverdam, 2008; Wells *et al.*, 2013).

Selon une récente revue des écrits scientifiques, près de 60% des femmes traitées pour un cancer du sein et qui avaient un emploi au moment du diagnostic retournent au travail dans les douze mois suivants l'annonce (Sun *et al.*, 2017). Or, cette revue des écrits suggère que le taux d'emploi est significativement moins élevé chez les survivantes du cancer du sein que dans une population comparable de femmes n'ayant jamais reçu ce diagnostic. Les auteurs soutiennent que ce taux plus bas d'emploi s'explique par une combinaison complexe de facteurs associés à l'individu et au milieu de travail.

La reprise du travail après un cancer du sein peut être considérée comme un processus qui implique l'enchaînement d'une série de phases (Tiedtke *et al.*, 2017). Ce processus est influencé par de multiples facteurs liés aux caractéristiques de la personne, de la maladie et sa prise en charge ainsi qu'aux caractéristiques de l'environnement de travail et social (Islam *et al.*, 2014; Sun *et al.*, 2017). Toutefois, Sun et collègues (2017) constatent que ces études permettent difficilement de comprendre la façon avec laquelle les multiples facteurs interagissent pour influencer la reprise (ou non) du travail.

Yarker et collègues (2010) suggèrent que des études longitudinales devraient être menées afin de mieux comprendre l'évolution des défis et des besoins des personnes survivantes du cancer durant les années suivant la reprise du travail. En effet, les survivantes doivent composer avec des conséquences longtemps après la fin des traitements contre le cancer (Carlsen *et al.*, 2013; Tamminga *et al.*, 2013; Yarker *et al.*, 2010). Malgré tout, les facteurs déterminant le maintien au travail, dans les années suivant la reprise, sont encore très peu étudiés.

Bien que certains auteurs proposent des modèles conceptuels abordant les facteurs pouvant influencer la reprise du travail après un cancer, Sun et collègues (2017) rapportent qu'aucun modèle n'aborde spécifiquement les facteurs influençant la reprise du travail après un cancer du sein. Ces auteurs soulignent que les modèles plus généraux omettent certains facteurs spécifiques à ce type de cancer, tel le lymphoedème ou les effets secondaires potentiels de certains traitements adjuvants (Sun *et al.*, 2017). Or, selon ces auteurs, l'intégration de ces facteurs peut être essentielle à la compréhension de l'ensemble du processus de la reprise et du maintien au travail après un cancer du sein (Sun *et al.*, 2017).

Des interventions ont été développées dans différents pays pour favoriser la reprise du travail des survivantes du cancer du sein. Or, les revues des écrits portant sur ces interventions mettent en lumière trois problèmes majeurs soit, le recours majoritairement à des devis descriptifs ne permettant pas de tester les hypothèses d'intervention (Sun *et al.*, 2017), des résultats quant aux effets de ces interventions n'apparaissant pas concluants (de Boer *et al.*, 2015) ainsi que l'absence d'intégration de la perspective des milieux de travail

(Bilodeau *et al.*, 2017). Cette dernière revue des écrits souligne aussi que les interventions recensées impliquaient un ou plusieurs professionnels de la santé travaillant en silo, sans véritable travail d'équipe, et sans que la réalité du milieu du travail ne soit réellement abordée. Ainsi, d'autres études sont nécessaires pour décloisonner la perspective des acteurs impliqués dans l'intervention adressant la reprise du travail après un cancer du sein et y intégrer le milieu de travail. Ce constat rejoint une recommandation largement rapportée dans plusieurs revues des écrits portant sur d'autres problèmes de santé tels les troubles musculosquelettiques (TMS) ou les troubles de santé mentale communs (TMC) (Durand *et al.*, 2014; Franche *et al.*, 2005). Récemment, des auteurs ont mené une revue des écrits afin de synthétiser les connaissances en matière d'efficacité des interventions pour le retour au travail de travailleurs ayant souffert de TMS ou de TMC (Cullen *et al.*, 2018). Les résultats ont suggéré qu'une intervention devrait inclure trois types de composantes : associées à la santé (par exemple, la gestion des symptômes), associées à la coordination des services (par exemple, la communication entre les professionnels de la santé et l'employeur) et associées à la modification du travail (ex. modification des tâches). Ainsi, les auteurs de cette revue soulignent l'importance d'inclure le milieu de travail et de prendre en considération sa réalité dans les interventions pour favoriser la reprise du travail des personnes présentant un TMS ou un TMC. Cependant, bien que ces interventions peuvent être inspirantes, elles ne tiennent pas compte des spécificités et de la complexité associées à la reprise du travail après un cancer du sein. Ainsi, d'autres études sont nécessaires pour le développement d'interventions spécifiques à la reprise du travail après un cancer du sein.

Au Québec, des études ont été menées sur la reprise du travail après un cancer du sein (Drolet *et al.*, 2005a; Drolet *et al.*, 2005b; Lauzier *et al.*, 2008; Maunsell *et al.*, 1999; Maunsell *et al.*, 2004). Ces études s'intéressaient à décrire les facteurs prédictifs et les problèmes rencontrés par les femmes lors de l'absence et de la reprise du travail après un cancer du sein. Cependant, aucune ne rapporte spécifiquement de résultats quant à la modélisation d'une intervention au Québec. Les écrits suggèrent pourtant que la reprise du travail après un cancer du sein est un processus complexe fortement lié au contexte social et culturel ainsi qu'à l'environnement politique dans lequel la personne évolue (Feuerstein *et al.*, 2010; Mehnert, 2011; Pransky *et al.*, 2005). Afin de mieux comprendre ce type de

processus complexe et contextualisé, certains auteurs préconisent de s'appuyer sur les recommandations pour l'élaboration d'interventions complexes et de générer un modèle logique (Bleijenberg *et al.*, 2018). Un tel modèle permet d'illustrer une intervention en précisant le but, les objectifs, les actions et les effets attendus. Ainsi, afin de mieux comprendre et expliquer la reprise et le maintien du travail des survivantes québécoises du cancer du sein, la modélisation d'une intervention en contexte québécois est une contribution importante. Un des principes de la modélisation d'une intervention repose sur la participation des personnes concernées, soit les femmes touchées par un cancer du sein ayant expérimenté une reprise du travail après une absence.

En somme, il semble que plusieurs femmes reprendront le travail à la suite d'un cancer du sein dans les prochaines décennies. À l'heure actuelle, les études portant sur des interventions pour la reprise et le maintien au travail après un cancer ne rapportent pas d'effets concluants. Les facteurs influençant la reprise du travail sont relativement bien connus alors que ceux relatifs au maintien du travail à plus long terme demeurent à être mieux identifiés. D'ailleurs, l'état des connaissances exige de mieux comprendre comment les multiples facteurs interagissent en faveur de la reprise et du maintien au travail après un cancer du sein. Un point de départ pour le développement et la mise en œuvre d'interventions plus efficaces est d'approfondir la perception qu'ont les femmes directement concernées.

Ainsi, il se dégage que la reprise et le maintien du travail après un cancer du sein représente un phénomène contemporain complexe qui doit être compris davantage afin de favoriser le développement d'interventions permettant de mieux soutenir ces survivantes. Le but de l'étude est donc de modéliser une intervention afin de favoriser la reprise et le maintien au travail des survivantes après un cancer du sein.

Maintenant que les bases de la problématique ont été établies, le prochain chapitre s'emploie à exposer les connaissances sur lesquelles est bâtie cette étude.

2. RECENSION DES ECRITS

Cette recension des écrits est présentée en quatre sections distinctes. La première section porte sur l'état actuel des connaissances au regard du concept de reprise du travail et des leviers et obstacles qui y sont associés. La deuxième section présente différents modèles conceptuels portant sur la reprise du travail après un cancer. La troisième section aborde les interventions pour favoriser la reprise du travail après un cancer et le développement d'interventions complexes. Finalement, dans la dernière section, un modèle conceptuel intégrateur est proposé pour guider la présente étude.

2.1 La reprise du travail après un cancer du sein

Cette section traite de deux thèmes principaux. Tout d'abord, le concept de reprise du travail est abordé. Ensuite, les leviers et obstacles associés à la durée d'absence, au retour et au maintien au travail après un cancer sont présentés.

2.1.1 Le concept de reprise du travail

Le concept de reprise du travail ne fait pas consensus dans les écrits. En effet, pour certains auteurs, la reprise du travail est considérée comme un résultat dichotomique, c'est-à-dire être ou ne pas être au travail à un point donné dans le temps (Balak *et al.*, 2008; Johnsson *et al.*, 2011). Pour d'autres, ce concept se rapporte plutôt à un processus qui implique l'enchaînement d'une série de phases, non nécessairement linéaires (Greidanus *et al.*, 2018; Pransky *et al.*, 2005; Tiedtke *et al.*, 2017; Tjulin *et al.*, 2010; Yarker *et al.*, 2010; Young *et al.*, 2005). En ce sens, Young et collègues ont proposé en 2005 une conceptualisation dynamique de la reprise du travail à la suite d'un problème de santé aigu ou chronique. Cette conceptualisation a été basée sur le paradigme d'incapacité au travail de Loisel et collègues (2001). Plus précisément, ce paradigme propose que l'incapacité au travail d'un individu n'est pas seulement due à ses caractéristiques et à son problème de santé, mais aussi à des facteurs environnementaux en lien avec le milieu de travail, le système de santé et le système d'indemnisation (Loisel *et al.*, 2001). Ainsi, en s'appuyant sur ce

paradigme, Young et collègues ont proposé de considérer la reprise du travail non pas comme un seul évènement, mais plutôt comme un processus où interagiront les différents facteurs individuels et environnementaux (Young et al., 2005). Ces auteurs ont proposé un découpage temporel du processus en phases : l'absence du travail, le retour (RAT) et le maintien (MAT) au travail. Bien que cette définition de la reprise du travail date de plus d'une dizaine d'années, elle reste d'actualité et est toujours utilisée par certains auteurs du domaine de la reprise du travail après un problème de santé (Shannon *et al.*, 2018 ; Ullrich *et al.*, 2017). Le tableau 1 présente les définitions des différentes phases.

Tableau 1
Définitions des phases du processus proposées par Young et collègues (2005)

Phases	Définitions
Absence	Débute au premier jour d'absence due au problème de santé et se termine lorsque la phase de retour au travail commence.
Retour au travail	Débute au premier jour où le travailleur retourne dans le milieu de travail pour exercer un emploi (le même qu'antérieurement à l'absence, avec des tâches modifiées ou dans le cadre d'un retour progressif). Se termine lorsque le travailleur a repris l'ensemble des tâches qui seront maintenues à long terme.
Maintien au travail	Débute lorsque le travailleur a repris l'ensemble des tâches qui seront maintenues à long terme.

Ainsi, cette représentation de la reprise du travail n'apparaît pas comme dichotomique, mais englobe plutôt toute la période de temps de la première heure d'absence due au problème de santé jusqu'à la reprise des tâches qui seront maintenues à long terme. Dans la prochaine partie de ce chapitre, les leviers et obstacles associés à chacune des phases du processus seront décrits.

2.1.2 Les leviers et obstacles associés aux phases d'absence, de RAT et de MAT

Les études portant sur la reprise du travail rapportent les facteurs pouvant influencer chacune des phases. Ces facteurs peuvent être divisés selon qu'ils sont des leviers (influence positive) ou des obstacles (influence négative). La majorité des études traitent des leviers et obstacles influençant les phases d'absence, de RAT et de MAT, sans égards aux types de

cancer. Ainsi, dans la prochaine section, les études rapportées sont celles qui se basent sur un échantillon composé majoritairement de survivantes du cancer du sein.

Phase d'absence

Plusieurs études abordent les facteurs influençant la phase d'absence. Selon les travaux de certains auteurs, trois obstacles seraient associés à une durée d'absence plus longue : la chimiothérapie, le stade avancé de la maladie et la diminution du sentiment d'efficacité personnelle face au travail (SEPT pour la suite de cette thèse) (Balak *et al.*, 2008; Hedayati *et al.*, 2013; Johnsson *et al.*, 2011; Kiasuwa Mbengi *et al.*, 2016; Lilliehorn *et al.*, 2013; Sun *et al.*, 2017). Johnsson et collègues (2011), dans une étude cohorte, ont suggéré qu'un stade avancé de la maladie et certains protocoles de chimiothérapie sont susceptibles d'entraîner une absence prolongée du travail, c'est-à-dire de plus de 6 mois. En ce qui concerne le troisième obstacle, les auteurs d'une revue des écrits sur la reprise du travail après un cancer du sein ont proposé que le SEPT peut influencer les décisions en lien avec la reprise du travail (Sun *et al.*, 2017). Ces auteurs suggèrent donc que le SEPT devrait être pris en considération lors de l'élaboration d'interventions auprès de survivantes.

En ce qui concerne les leviers pouvant être présents durant la phase d'absence, deux sont rapportés dans les écrits. Tout d'abord, des survivants participant à une étude qualitative australienne rapportaient que le maintien d'une communication avec leur employeur ou leurs collègues leur avait permis de rester connectés avec leur milieu de travail (McKay *et al.*, 2013). Ainsi, le maintien de cette communication entre la personne survivante et son milieu de travail pendant l'absence est un premier levier. Des auteurs ont aussi exploré la durée d'absence et la perception de contrôle sur les conséquences du cancer et des traitements sur le travail. Les résultats de cette étude par questionnaire ont suggéré qu'une perception de contrôle plus forte était associée à une durée d'absence plus courte (Cooper *et al.*, 2013). Cette perception de contrôle est donc un deuxième levier associé à la phase d'absence.

Phase de RAT

Les leviers et obstacles associés à la phase de RAT, largement décrits dans la dernière décennie, sont catégorisés selon qu'ils sont liés aux caractéristiques personnelles, à la maladie et/ou aux traitements ou encore au travail. Le tableau 2 présente les différents leviers et obstacles répertoriés selon ces mêmes catégories.

Tableau 2
Leviers et obstacles associés à la phase de RAT après un cancer

Facteurs associés aux caractéristiques personnelles	
Leviers	Obstacles
- Soutien d'une personne paire survivante	- Inquiétude face à l'image physique - Faible niveau de scolarité
Facteurs associés à la maladie et/ou aux traitements	
Leviers	Obstacles
- Soutien d'un professionnel de la santé	- Présence de symptômes physiques - Présence de troubles cognitifs
Facteurs associés au travail	
Leviers	Obstacles
- Soutien de l'employeur - Maintien d'une communication avec le milieu de travail pendant l'absence et les traitements - Aménagements dans le milieu de travail - Soutien émotionnel - Soutien des collègues - Maintien d'une communication avec le milieu de travail pendant l'absence et les traitements - Partage des tâches	- Incompréhension/ignorance de la part de l'employeur

Les facteurs identifiés dans le tableau sont maintenant brièvement discutés dans les paragraphes suivants.

Dans la première catégorie sur les caractéristiques personnelles, une étude qualitative de Tamminga et collègues (2012) a suggéré que le soutien perçu d'une personne paire survivante est un levier associé à la phase de RAT. Dans cette étude, les participantes ont rapporté que la présence d'une paire survivante permettait d'échanger sur leur vécu et

constituait un soutien. L'inquiétude face à l'image physique en milieu de travail semble représenter un obstacle lié aux caractéristiques personnelles pendant la phase de RAT. En effet, dans les études, les survivantes ont rapporté que de porter une perruque et/ou une prothèse mammaire en milieu de travail s'était avéré difficile (Kennedy *et al.*, 2007; Sun *et al.*, 2017; Wells *et al.*, 2013). Enfin, un autre obstacle identifié est un faible niveau de scolarité (Fantoni *et al.*, 2010; Sun *et al.*, 2017). Fantoni et collègues (2010), dans une étude rétrospective de cohorte portant sur 379 femmes de 18 à 60 ans, proposent que les personnes ayant un faible niveau de scolarité ont souvent des emplois comportant des demandes physiques plus élevées, ce qui pourrait créer davantage de difficultés lors du retour au travail.

Quant aux facteurs liés à la maladie ou aux traitements, notre synthèse a permis de retenir un levier et deux obstacles associés à la phase de RAT. D'abord, le soutien d'un professionnel de la santé apparaît être un levier (Nachreiner *et al.*, 2007; Pryce *et al.*, 2007). Ce soutien s'actualiserait sous la forme d'une aide pour évaluer la capacité au travail et pour sensibiliser aux bénéfices à être au travail (Nachreiner *et al.*, 2007; Pryce *et al.*, 2007; Tiedtke *et al.*, 2010). Quant aux obstacles, les symptômes physiques toujours présents pendant la phase de RAT semblent un défi régulièrement rencontré. Plus précisément, les symptômes physiques les plus rapportés dans les écrits sont la fatigue et les atteintes physiques au niveau du bras (difficultés avec la mobilité du bras, douleurs, lymphœdème) (Sun *et al.*, 2017). Les études ont d'ailleurs suggéré que la fatigue affecte les capacités au travail et rend la phase de RAT plus difficile (Kennedy *et al.*, 2007; Main *et al.*, 2005; Maunsell *et al.*, 1999; Nachreiner *et al.*, 2007; Sun *et al.*, 2017). La présence de troubles cognitifs, par exemple les difficultés de mémoire et de concentration, représente un autre obstacle rapporté dans les études (Duijts *et al.*, 2014; Mbengi *et al.*, 2016; Sun *et al.*, 2017). Dans une étude qualitative américaine portant sur 74 survivantes du cancer du sein, les participantes ont d'ailleurs mentionné que les troubles cognitifs étaient les symptômes les plus difficiles à vivre en milieu de travail (Boykoff *et al.*, 2009). Les résultats d'une étude qualitative anglaise sur 13 survivantes du cancer du sein ont proposé que d'obtenir des informations quant aux potentiels troubles cognitifs après un cancer pourrait permettre de mieux s'adapter à ces difficultés et ainsi faciliter la reprise du travail (Munir *et al.*, 2010).

En ce qui a trait aux facteurs en lien avec le milieu de travail, deux leviers et un obstacle associés à la phase de RAT sont rapportés dans les écrits. Tout d'abord, deux sources de soutien dans le milieu de travail ressortent des études comme des leviers associés à la phase de RAT. Ce soutien peut provenir de l'employeur ou du supérieur immédiat et des collègues (Kennedy *et al.*, 2007; Nachreiner *et al.*, 2007; Sun *et al.*, 2017).

Selon trois études qualitatives abordant les leviers et obstacles au processus de reprise du travail après un cancer, le soutien de l'employeur ou du supérieur immédiat pendant la phase de RAT semble surtout prendre la forme d'aménagements. Les aménagements utilisés étaient la flexibilité d'horaire, la reprise progressive des tâches, le changement de tâches et la possibilité de faire du télétravail (Kennedy *et al.*, 2007; McKay *et al.*, 2013; Stergiou-Kita *et al.*, 2016). Lorsque le soutien de l'employeur est identifié comme déficient, cette lacune est expliquée par une incompréhension ou une ignorance de la part de l'employeur en matière de cancer et des traitements ainsi que de leurs conséquences à long terme (Nachreiner *et al.*, 2007; Stergiou-Kita *et al.*, 2016). D'ailleurs, selon une récente revue des écrits, le manque de connaissances des employeurs en lien avec la reprise du travail après un cancer est fréquemment soulevé dans les études (Greidanus *et al.*, 2017). Cette situation entraînerait bien souvent des attentes irréalistes de la part de l'employeur envers le survivant qui retourne ce qui viendrait ensuite faire obstacle au bon déroulement de la phase de RAT (Greidanus *et al.*, 2017; Kennedy *et al.*, 2007; Nachreiner *et al.*, 2007).

Le soutien des collègues, quant à lui, peut se manifester sous la forme d'un partage des tâches ou encore d'un soutien émotionnel (McKay *et al.*, 2013; Nachreiner *et al.*, 2007). De la même façon, un manque de soutien de la part des collègues s'expliquerait, selon certains auteurs, par une incompréhension de ce que sont l'expérience cancer et ses conséquences, ce qui entraînerait des attentes irréalistes envers le survivant (Kennedy *et al.*, 2007; Nachreiner *et al.*, 2007).

Phase de MAT

La phase de MAT est encore très peu étudiée. Deux études qualitatives recensées ont porté particulièrement sur les problèmes pouvant être rencontrés par les survivants du cancer durant cette phase (Tamminga *et al.*, 2012; Yarker *et al.*, 2010). Les résultats ont suggéré que la diminution graduelle, mais rapide du soutien de la part de l'employeur et des collègues et un rétablissement insuffisant influenceraient négativement la phase de MAT. Plus précisément, la baisse de soutien se manifesterait par un manque de suivi dans les ajustements proposés initialement par le supérieur immédiat et les collègues. Pour ce qui est du rétablissement insuffisant, les résultats révèlent que les impacts de la maladie et des traitements, par exemple la fatigue et les troubles de sommeil, peuvent perdurer dans le temps ou apparaître au fil du temps et ainsi nuire à la phase de MAT.

En somme, des études se sont intéressées à identifier les facteurs influençant les phases d'absence, de retour et de maintien du processus de reprise du travail. Or, une majorité de ces études sont descriptives. Elles permettent donc difficilement de comprendre les interrelations entre ces facteurs et ainsi avoir une compréhension en profondeur du processus, nécessaire pour le développement d'interventions spécifiques et centrées sur la personne (Balak *et al.*, 2008; Cooper *et al.*, 2013 ; Fantoni *et al.*, 2010 ; Hedayati *et al.*, 2013 ; Johnsson *et al.*, 2011 ; Kennedy *et al.*, 2007 ; Lilliehorn *et al.*, 2013 ; Main *et al.*, 2005 ; McKay *et al.*, 2013 ; Nachreiner *et al.*, 2007 ; Pryce *et al.*, 2007 ; Stergiou-Kita *et al.*, 2016 ; Sun *et al.*, 2017). Par conséquent, de nombreux auteurs notent l'importance de mener de nouvelles études afin d'approfondir la compréhension des facteurs et interrelations influençant les phases du processus de reprise du travail (Balak *et al.*, 2008; Cooper *et al.*, 2013 ; Duijts *et al.*, 2014; Johnsson *et al.*, 2011 ; Pryce *et al.*, 2007 ; Sun *et al.*, 2017).

La prochaine section de ce chapitre présente des modèles conceptuels élaborés afin de proposer de potentielles associations entre les facteurs pouvant influencer la reprise du travail après un cancer.

2.2 Les modèles conceptuels portant sur la reprise du travail après un cancer

La revue des écrits a permis de recenser quatre modèles conceptuels abordant les facteurs pouvant influencer la reprise du travail à la suite d'un cancer, tous types confondus. La section qui suit présente ces modèles.

2.2.1 Le modèle « *Relationship between cancer, quality of life, and work outcomes* » de Steiner et collègues (2004)

Le modèle « *Relationship between cancer, quality of life, and work outcomes* » (figure 1) a été élaboré à partir d'une revue des écrits publiés entre 1966 et 2003 et portant sur l'impact du cancer sur le travail (Steiner *et al.*, 2004). Dans cette revue, les études qualitatives et celles portant sur les survivants de cancers pédiatriques maintenant en âge de travailler avaient été exclues.

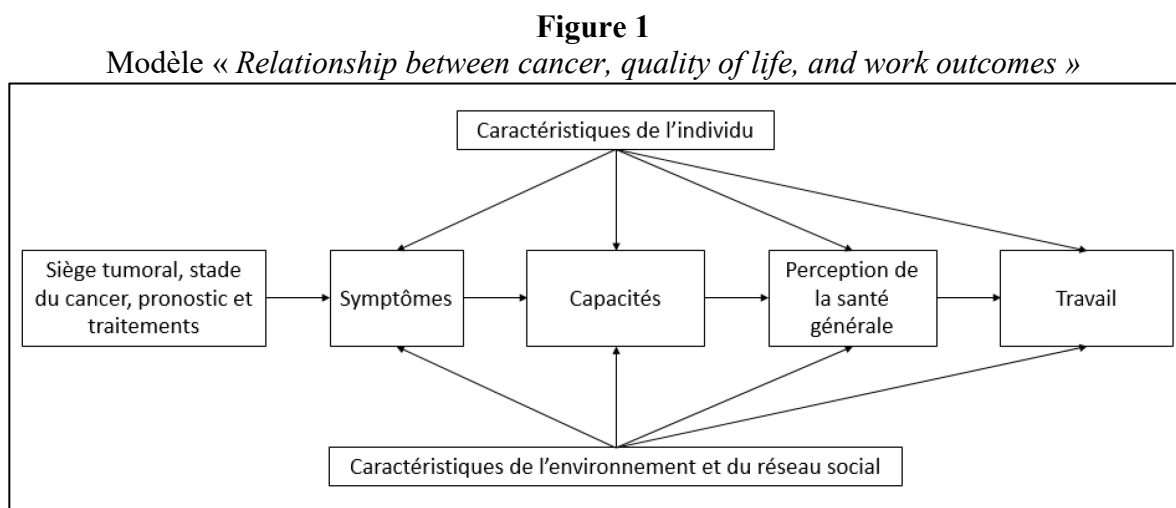


Figure tirée de Steiner et al., 2004. Traduction libre. Autorisation de reproduction obtenue de John Wiley and Sons

Lors de l'élaboration de ce modèle, les auteurs se sont inspirés des travaux de Wilson et Cleary (1995) abordant la relation entre les variables cliniques et la qualité de vie en lien avec la santé. Ce modèle propose des liens causaux entre cinq variables associées à la santé : 1) le siège tumoral, le stade, le pronostic et les traitements en lien avec le cancer, 2) les

symptômes (par exemple la présence ou l'absence de fatigue ou de douleur), 3) les capacités, qui incluent la présence ou l'absence de certaines limites physiques ou cognitives 4) la perception générale de la santé et 5) le travail, indiquant différents facteurs dont les changements ou non dans l'horaire de travail, le statut d'emploi, l'employeur, le type de travail, la productivité, la satisfaction au travail et la capacité de changer d'emploi. Le modèle de Steiner et collègues est un modèle linéaire causal qui suggère que les variables cliniques provoquent l'apparition de symptômes qui à leur tour peuvent avoir un effet sur les capacités de l'individu. De plus, la perception de l'individu d'avoir des capacités restreintes ou modifiées pourrait avoir un impact sur sa représentation quant à sa santé ce qui pourrait ensuite influencer son travail (par exemple : retour ou non) (Steiner *et al.*, 2004). Les caractéristiques de l'individu, de l'environnement et du réseau social peuvent également venir modifier l'ensemble des variables du modèle, à l'exception des variables cliniques.

Le modèle « *Relationship between cancer, quality of life, and work outcomes* » a été utilisé comme cadre pour l'élaboration d'un sondage dans une étude menée par les mêmes auteurs. Ce modèle présente l'avantage de bien cerner certaines variables associées à la personne atteinte du cancer et son environnement et pouvant avoir un impact sur différents aspects du travail après un cancer. Cependant, le modèle n'aborde pas le phénomène comme un processus comportant des phases.

2.2.2 *Le modèle « Factors impacting return to work » de Amir et collègues (2009)*

Le modèle « *Factors impacting return to work* » de Amir et collègues (figure 2) comprend quatre catégories de facteurs pouvant interagir et avoir un effet sur la reprise du travail : associés aux aspects cliniques, associés au cancer, associés à l'individu et associés à l'emploi (Amir *et al.*, 2009). Aucune information n'est disponible sur la méthode utilisée pour élaborer ce modèle. Il est proposé dans ce modèle que les facteurs cliniques influencent l'apparition des symptômes qui seront ressentis par le survivant du cancer. Ces symptômes entreront en interaction avec les facteurs individuels et associés à l'emploi. Cette interaction influera sur la durée d'absence et le fait de retourner ou non au travail. À la connaissance de l'auteure de cette thèse, ce modèle n'a jamais été utilisé pour la recherche.

Figure 2
Modèle « *Factors impacting return to work* »

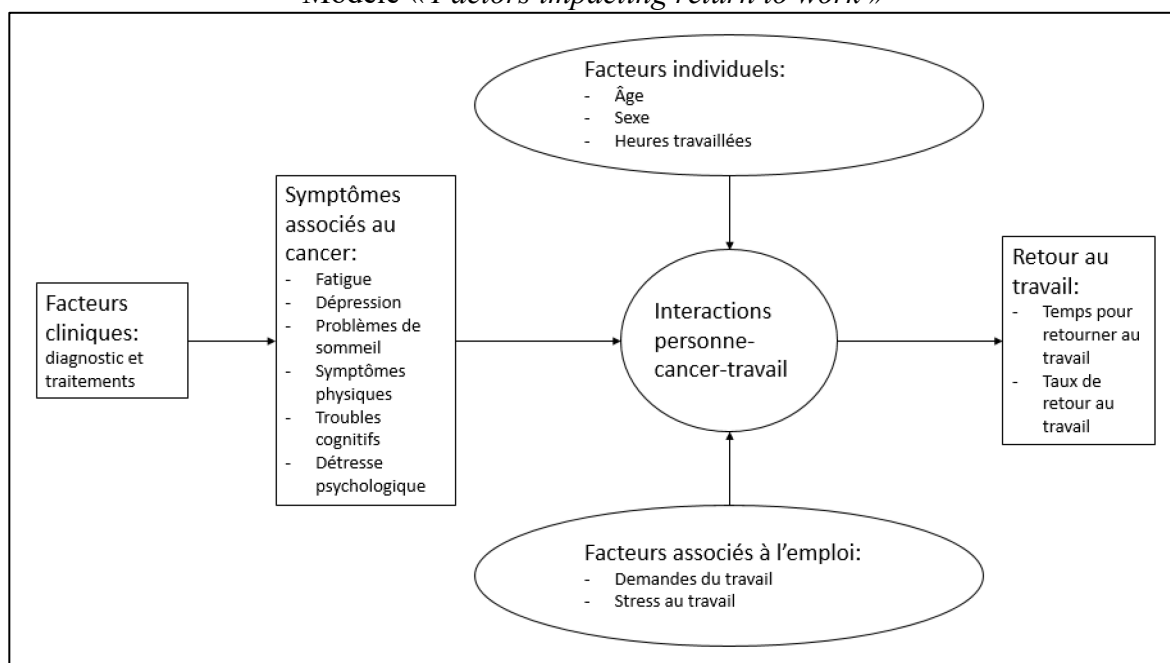


Figure tirée de Amir *et al.*, dans Feuerstein, 2009, p. 75. Traduction libre. Autorisation de reproduction obtenue de Michael Feuerstein, éditeur

Ce modèle est décrit dans le troisième chapitre du livre « *Work and cancer survivors* » de Feuerstein (2009). Il se caractérise par la considération de trois dimensions : l'individu (son âge, son genre et ses heures de travail), le cancer (le diagnostic, des traitements et des symptômes associés au cancer) et l'emploi (demandes physique et stress) (Amir *et al.*, 2009). Cependant, il ne comprend pas de facteurs associés à l'environnement social de l'individu que ce soit dans son entourage immédiat (famille et amis) ou dans son entourage au travail (collègues et supérieurs). Or, les écrits scientifiques suggèrent que le soutien social peut avoir une influence sur la reprise et le maintien au travail d'un survivant du cancer (Kennedy *et al.*, 2007; Nachreiner *et al.*, 2007; Tamminga *et al.*, 2012). En effet, la capacité du survivant à mobiliser un soutien social ainsi que le soutien des collègues et du supérieur immédiat peut jouer un rôle important tout au long des phases d'absence, de RAT et de MAT (Mehnert, 2011; Spelten *et al.*, 2002).

Une autre observation pouvant être formulée est qu'il n'inclut pas certains facteurs importants associés à l'individu et à l'emploi. En effet, le modèle identifie l'âge, le genre et les heures de travail comme des facteurs associés à l'individu pouvant avoir une influence sur la reprise du travail. Or, les écrits scientifiques décrivent d'autres facteurs importants associés aux caractéristiques individuelles tels que le niveau d'étude et la perception de ses propres capacités (Sun *et al.*, 2017). Pour les facteurs associés à l'emploi, le modèle identifie seulement le stress au travail et la charge de travail alors que les écrits scientifiques abordent maintenant la présence de tâches de manutention de charges lourdes et l'appartenance ou non à un syndicat (Bouknight *et al.*, 2006; Drolet *et al.*, 2005a; Zombowski *et al.*, 2018). Finalement, ce modèle aborde uniquement la durée d'absence ainsi que la reprise du travail de façon dichotomique (oui ou non), sans le maintien au travail.

2.2.3 *Le modèle « Cancer and work » de Feuerstein et collègues (2010)*

Ce modèle (figure 3) a été développé à partir d'une revue systématique des écrits scientifiques (Feuerstein *et al.*, 2010). Les auteurs ont inclus des informations provenant d'études qualitatives, d'exemples de cas et d'expériences cliniques. L'élaboration a été réalisée à partir des différents types de modèles présents dans les écrits scientifiques soit les modèles biomédicaux, psychosociaux, psychiatriques, écologiques, économiques et biopsychosociaux. Le modèle « *Cancer and work* » a été élaboré pour pouvoir être utilisé par les chercheurs et par les cliniciens comme guide pour aborder la reprise du travail après un cancer (Feuerstein *et al.*, 2010).

Figure 3
Modèle « *Cancer and work* »

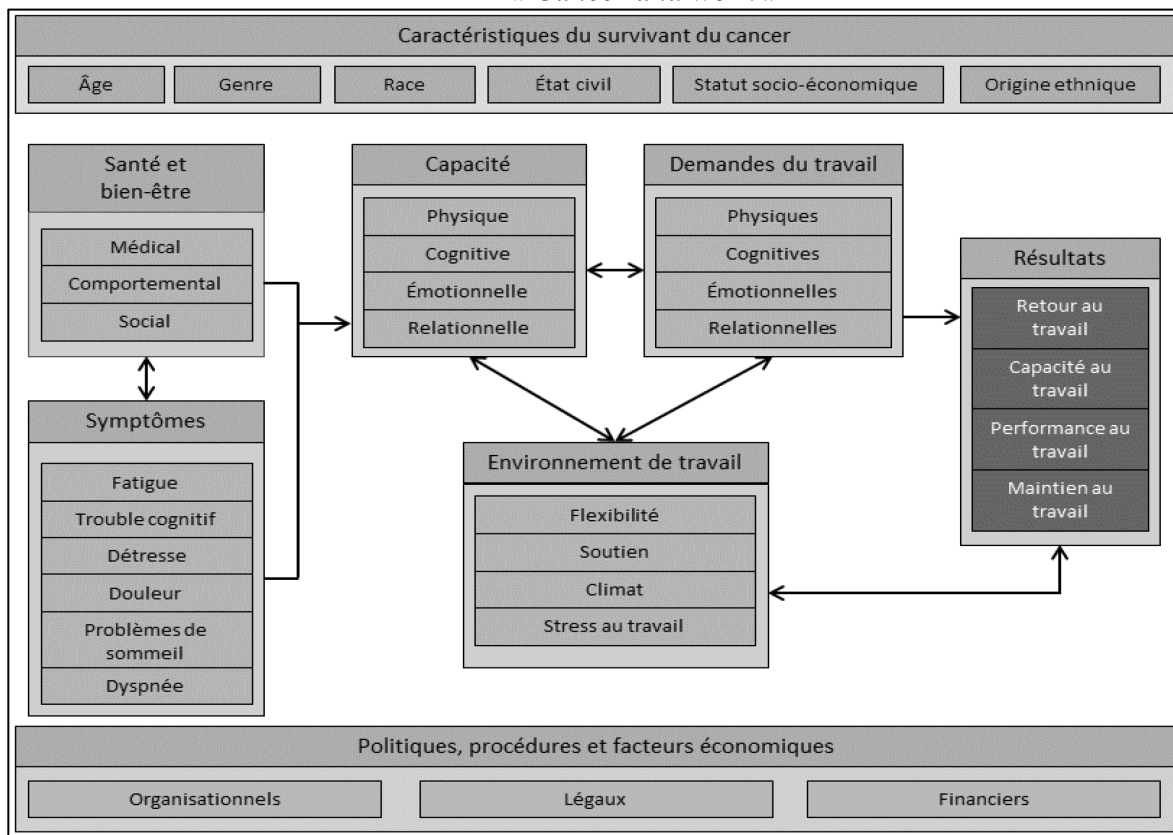


Figure tirée de Feuerstein *et al.*, 2010. Traduction libre. Autorisation de reproduction obtenue de *Springer Nature*

Le modèle de Feuerstein et collègues est un modèle qui se décline en sept catégories de facteurs pouvant influencer la reprise du travail après un cancer : caractéristiques du survivant, santé et bien-être, symptômes, capacités, demandes du travail, environnement de travail et finalement facteurs associés aux politiques, procédures et à l'économie (Feuerstein *et al.*, 2010). Le modèle propose que l'ensemble de ces facteurs, en combinaison les uns avec les autres, auront une influence sur plusieurs « résultats » associés à la reprise du travail : le retour au travail proprement dit, les capacités au travail, la performance au travail et le maintien au travail (Feuerstein *et al.*, 2010).

Le modèle « *Cancer and work* » a été utilisé dans quelques études qualitatives portant sur la reprise du travail après un cancer, pour guider la collecte des données (Horsboel *et al.*, 2012) ou l'organisation des résultats (Kiasuwa *et al.*, 2019).

Le modèle « *Cancer and work* » est un modèle qui regroupe l'ensemble des grands types de facteurs pouvant entre autres avoir une influence sur les phases de RAT et de MAT après un cancer. Une des principales forces du modèle est une approche globale multisystémique. Cependant, bien que le modèle « *Cancer and work* » présente plusieurs facteurs, les liens entre ceux-ci sont peu ou pas décrits. De plus, ce modèle est générique pour tous les types de cancers. Par conséquent, certains symptômes, comme le lymphœdème, sont absents malgré qu'ils soient fréquents chez les survivantes du cancer du sein.

2.2.4 Le modèle « *Experience of cancer and work* » de Wells et collègues (2013)

Le modèle « *Experience of cancer and work* » (figure 4) a été élaboré à partir d'une revue systématique et d'une métasynthèse des écrits portant sur l'emploi et le cancer (Wells *et al.*, 2013).

Figure 4
Modèle « *Experience of cancer and work* »

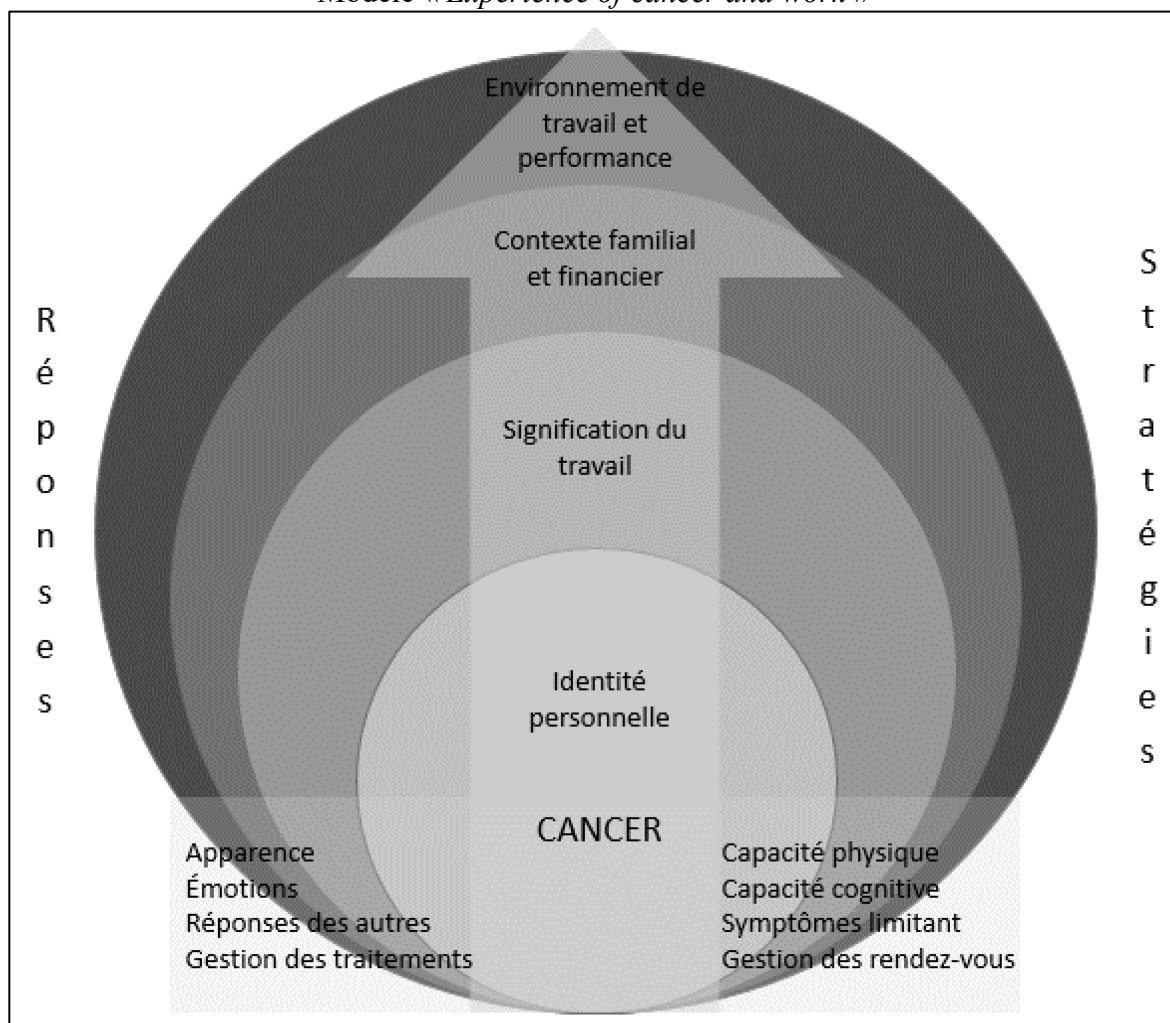


Figure tirée de Wells *et al.*, 2013. Traduction libre. Autorisation de reproduction obtenue de John Wiley and Sons

Les auteurs ont élaboré ce modèle afin d'illustrer la complexité que peut représenter la reprise du travail à la suite d'un cancer. Il se veut une base théorique et empirique pouvant servir au développement futur d'interventions de soutien pour les survivants du cancer (Wells *et al.*, 2013). La prémisse du modèle est que le travail est beaucoup plus qu'un emploi rémunéré. En effet, le travail aurait plusieurs fonctions dans la vie d'un adulte telles que contribuer à l'estime de soi, procurer une sécurité financière, permettre des relations sociales positives et permettre à l'individu de démontrer ses talents et habiletés. De plus, les auteurs mentionnent qu'en répondant à ces fonctions, le travail aiderait donc à définir et renforcer l'identité personnelle de l'individu. Dans ce modèle, une superposition de cercles est utilisée

afin d'illustrer que la relation individu-travail est basée sur l'interaction de quatre éléments-clés : 1) l'identité personnelle, 2) la signification du travail, 3) le contexte familial et financier et 4) la performance et l'environnement de travail.

Les éléments potentiellement altérés ou modifiés par l'expérience du cancer sont identifiés à la base du modèle dans des rectangles ombragés. La flèche verticale sert à illustrer que le cancer pourra influencer l'ensemble des éléments-clés de la relation individu-travail. Enfin, le modèle comprend aussi des stratégies mises en place par les personnes survivantes du cancer pour les aider à reprendre le travail. Les principales stratégies rapportées sont : 1) la communication et la négociation avec l'employeur, 2) la reconnaissance et l'acceptation du changement dans les capacités, 3) la gestion des symptômes et 4) le fait de travailler plus intelligemment en se permettant par exemple de prendre des pauses au cours de leurs journées de travail.

Un élément qui se distingue de ce modèle est qu'il est centré sur l'individu et qu'il décrit en profondeur les éléments en lien avec l'expérience du cancer qui peuvent influencer la relation individu-travail (Wells *et al.*, 2013). Cependant, le modèle de Wells et collègues permet difficilement de saisir l'ensemble d'un processus aussi complexe que peut être celui impliquant les phases d'absence, de RAT et de MAT après un cancer. En effet, le modèle n'aborde pas l'aspect temporel du processus et n'aborde donc pas spécifiquement les différentes phases qui le constituent. De plus, le modèle est générique et ne s'adresse donc pas spécifiquement aux survivantes du cancer du sein.

En somme, les modèles présentés abordent à la fois les facteurs associés à la personne atteinte du cancer, à l'environnement et à l'emploi. Toutefois, ces modèles sont génériques et n'abordent pas la reprise du travail en tant que processus. Il est donc difficile de prendre uniquement appui sur ces modèles pour le développement d'interventions pour la reprise du travail après un cancer du sein. La prochaine section de ce chapitre aborde les interventions développées pour favoriser la reprise et le maintien au travail après un cancer et recensées dans les écrits scientifiques.

2.3 Les interventions pour favoriser la reprise et le maintien au travail après un cancer

2.3.1 Les interventions étudiées dans le but de favoriser la reprise et le maintien au travail des survivants du cancer

Actuellement, il est encore difficile d'établir un consensus à partir des écrits scientifiques sur les recommandations pour le développement d'une intervention favorisant la reprise et le maintien au travail après un cancer du sein. Depuis 2009, quatre revues des écrits ont porté sur les interventions pour soutenir la reprise du travail des survivants du cancer (Bilodeau *et al.*, 2017; de Boer *et al.*, 2015; Hoving *et al.*, 2009; Tamminga *et al.*, 2010). Une seule de ces revues des écrits (Hoving *et al.*, 2009) a porté sur des interventions développées exclusivement pour favoriser la reprise du travail de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein. Toutefois, les trois autres revues s'intéressaient à la reprise du travail principalement chez les survivantes du cancer du sein (Bilodeau *et al.*, 2017; de Boer *et al.*, 2015; Tamminga *et al.*, 2010).

Le tableau 3 présente une synthèse des caractéristiques des interventions recensées dans les quatre revues des écrits citées précédemment. La suite de cette section rapporte les faits saillants des quatre revues des écrits, selon l'ordre chronologique de leur publication.

Tableau 3

Synthèse des caractéristiques des interventions recensées dans quatre revues de écrits

Auteurs	Types d'activités comprises dans les interventions	Professionnels impliqués	Sites des interventions	Moments des interventions
Hoving et al., 2009	Activité physique (n=3) Counseling individuel (n=3) Groupe de discussion/soutien (n=3)	Infirmière (n=1) Équipe multi. (n=2) Non rapporté (n=1)	Centre de réadapt. et domicile (n=1) Hôpital et domicile (n=1) Hôpital seulement (n=2)	Pendant et après traitements (n=2) Après traitements (n=2)
Tamminga et al., 2010	Activité d'éducation (n=5) Continuité informationnelle (n=2) Counseling individuel (n=8) Groupe de discussion/soutien (n=6) Réadaptation vocationnelle (n=3) Remise d'information (n=1)	Bénévole (n=1) Conseiller en réadaptation (n=1) Infirmière (n=2) Psychologue (n=1) Équipe multi. (n=18)	Centre de réadapt. (n=7) Centre de réadapt. et domicile (n=2) Hôpital et domicile (n=3) Hôpital seulement (n=6) Non rapporté (n=5)	Au diagnostic (n=2) Avant et pendant traitements (n=1) Pendant traitements (n=1) Après traitements (n=14) Non rapporté (n=2)
De Boer et al., 2015	Activité d'éducation (n=3) Activité physique (n=2) Appel téléphonique (n=1) Counseling individuel (n=5) Groupe de discussion/soutien (n=3) Intervention méd. ou pharma. (n=7) Remise d'information (n=4)	Chirurgien (n=2) Endocrinologue (n=1) Infirmière (n=1) Oncologue (n=4) Équipe multi. (n=6) Non rapporté (n=1)	Hôpital et domicile (n=2) Hôpital et appel téléphonique (n=2) Hôpital seulement (n=9) Non rapporté (n=2)	Pendant traitements (n=8) Pendant et après traitements (n=1) Après traitements (n=6)
Bilodeau et al., 2017	Activité d'éducation (n=6) Activité physique (n=7) Appel téléphonique (n=3) Counseling individuel (n=6) Gestion de cas (n=3) Groupe de discussion/soutien (n=5) Remise d'information (n=4) Soutien d'un pair (n=1)	Ergothérapeute (n=1) Infirmière (n=2) Physiothérapeute (n=2) Équipe multi. (n=9) Non rapporté (n=3)	Centre conditionnement physique (n=1) Centre de réadapt. (n=6) Centre de services de santé au travail (n=1) Hôpital et domicile (n=1) Hôpital seulement (n=7) Non rapporté (n=1)	Pendant traitements (n=4) Après traitements (n=13)

n = nombre d'études

Hoving et collègues (2009) ont mené une revue des écrits ayant pour but d'étudier les effets sur la reprise du travail et les caractéristiques des études d'intervention sur les survivantes du cancer du sein. Pour être incluses dans cette revue, les études devaient avoir été publiées entre 1970 et février 2007, porter sur des femmes ayant survécu à un cancer du sein, avec ou sans traitements adjuvants, et décrire une intervention non médicamenteuse. De plus, les études devaient avoir un devis d'essai randomisé, de cohorte ou d'observation et rapporter des résultats sur la durée de l'absence maladie, le taux de reprise du travail ou encore le niveau d'incapacité au travail. Au total, quatre études ont été retenues dans la revue. Trois de celles-ci ont été publiées avant 1990. Les interventions étudiées avaient pour objectif principal d'améliorer le rétablissement physique et social, ce qui inclut la reprise du travail, et l'adaptation à la perte d'un sein. Une seule des études a utilisé un devis avec groupe contrôle.

Les auteurs ont tiré trois grands constats de cette revue des écrits. Premièrement, trois des quatre études incluses dans la revue ont été réalisées il y a plus de 25 ans ce qui suggère un décalage avec la réalité des interventions actuelles. En effet, les auteurs ont entre autres suggéré que les traitements médicaux ont évolué depuis la tenue de ces études ce qui rend difficile l'utilisation de ces résultats. Deuxièmement, les auteurs ont rappelé que seule une étude comprenait un groupe contrôle. Les auteurs ont donc souligné la difficulté de tirer des conclusions quant aux effets des interventions. Troisièmement, il apparaît que la reprise du travail n'était pas l'objectif principal des interventions étudiées. Les auteurs ont d'ailleurs mentionné que les exercices et le counseling compris dans ces interventions ne semblaient pas adaptés pour le soutien de la reprise du travail. Par exemple, les interventions étudiées s'échelonnaient en moyenne sur une période de trois mois. Les auteurs ont suggéré que cette durée d'intervention n'était pas suffisante pour bien soutenir les participantes dans la reprise de leur travail. Hoving et collègues (2009) ont conclu leur revue des écrits en soulignant le manque d'études portant sur des interventions visant spécifiquement la reprise du travail après un cancer du sein. Ils ont de plus suggéré que ces interventions devraient être développées et évaluées en se basant sur des interventions visant la reprise du travail après d'autres problèmes de santé et qui ont démontré des résultats positifs.

En 2010, Tamminga et collègues ont mené une revue des écrits sur le contenu des interventions visant la reprise du travail de patients atteints de cancer. Les auteurs souhaitaient aussi évaluer les effets des interventions sur la reprise du travail. Pour être incluses dans la revue, les études devaient porter sur des patients de 18 ans et plus diagnostiqués d'un cancer et décrire une intervention visant à améliorer la reprise du travail en agissant sur des facteurs associés au milieu de travail ou à l'individu. Aucune limite de date n'avait été établie. La revue des écrits a porté sur 23 études dont dix dataient de plus de 15 ans. La majorité des études ont été réalisées aux États-Unis, en Scandinavie et aux Pays-Bas. Dans la revue des écrits, 69 % des études portaient majoritairement sur des femmes atteintes du cancer du sein. Au final, seulement trois interventions répertoriées dans les études avaient pour objectif principal la reprise du travail alors que les autres visaient l'amélioration de la qualité de vie ou des capacités générales des patients.

Les auteurs ont rapporté que les interventions étaient habituellement offertes dans une formule combinant des rencontres individuelles et de groupe et comprenaient du counseling et de l'éducation. Une infirmière, un travailleur social ou un psychologue étaient les professionnels les plus souvent impliqués dans l'intervention. Parmi les études qui rapportaient des résultats d'intervention en lien avec la reprise du travail, seules quatre ont utilisé un groupe contrôle. D'ailleurs, une seule de ces dernières a utilisé un devis d'essai randomisé et ses résultats sur la reprise du travail se sont avérés non-significatifs. À la lumière de leurs résultats, les auteurs de cette revue des écrits ont, entre autres, fait trois grands constats. Tout d'abord, la majorité des interventions répertoriées ne visaient pas principalement à soutenir la reprise du travail. Les auteurs ont d'ailleurs souligné que la reprise du travail ne semblait pas abordée de façon structurée dans les interventions recensées. Par ailleurs, selon les auteurs, les études qui décrivaient les effets des interventions sur la reprise du travail étaient de pauvre qualité méthodologique. Ensuite, étant donné les grandes différences observées entre les études quant au contenu des interventions, aux populations étudiées et aux devis utilisés, Tamminga et collègues (2010) ont suggéré qu'il soit impossible d'établir des conclusions générales sur les interventions. Les auteurs ont conclu en suggérant que les interventions pour soutenir les patients atteints d'un cancer dans la reprise du travail devaient être améliorées.

La revue des écrits de De Boer et collègues (2015) avait pour objectif d'évaluer l'effet des interventions visant à augmenter la reprise du travail chez les patients atteints d'un cancer en comparaison avec d'autres interventions, les soins usuels ou le fait de ne pas avoir d'intervention. Seules les études utilisant un devis d'essai randomisé, portant sur des interventions visant la reprise du travail et s'adressant à des adultes ayant été diagnostiqués d'un cancer ont été incluses. Les participants aux études devaient aussi avoir un emploi au moment du diagnostic. Aucune limite de date n'a été établie pour la revue. Au total, 15 études publiées entre 1983 et 2013 ont été incluses. Ces études ont été réalisées majoritairement aux États-Unis et en Europe. Près de la moitié des études répertoriées portaient sur des femmes atteintes d'un cancer du sein tandis que les autres comportaient un ensemble de diagnostics.

À la lumière des résultats, les auteurs ont formulé deux grands constats. Tout d'abord, il apparaît que les interventions disciplinaires en psychoéducation et en activité physique n'ont pas d'effet significatif sur la reprise du travail en comparaison aux soins usuels. Les constats de la revue soutiennent toutefois que ces résultats provenaient d'études dont la qualité était jugée faible. Les auteurs ont aussi proposé que les interventions multidisciplinaires combinant de l'activité physique, de la psychoéducation et du counseling vocationnel peuvent avoir un effet significatif sur le taux de reprise du travail en comparaison avec les soins usuels. Les auteurs ont conclu leur revue des écrits en suggérant de développer et évaluer de nouvelles interventions multidisciplinaires combinant entre autres du counseling vocationnel et de la psychoéducation.

Enfin, une récente revue des écrits menée par Bilodeau et collègues (2017) avait pour objectif d'explorer la nature des interventions adressant la reprise du travail après un cancer du sein. Les études incluses devaient avoir été publiées entre 2005 et 2015 et rapporter la description détaillée d'une intervention ayant au moins une composante adressant la reprise du travail. Cette revue des écrits a porté sur 17 études aux devis variés et dont la majorité a été publiée entre 2011 et 2015. Ces études portaient exclusivement ou majoritairement sur des survivantes du cancer du sein.

À la lumière de leurs résultats, les auteurs ont tiré trois grands constats. Tout d'abord, les auteurs ont décrit les importantes différences entre les interventions quant à leurs buts et contenus qui rendaient leur implantation difficile dans de nouveaux contextes. Ensuite, un autre constat était que les interventions manquaient de fondements théoriques. Les auteurs ont d'ailleurs suggéré que l'implantation de telles interventions devrait être précédée par l'élaboration du fondement théorique et du modèle logique de l'intervention. Cette étape pourrait entre autres permettre de présenter de façon visuelle les relations entre les différents éléments constitutifs ainsi que le fonctionnement de l'intervention. Un dernier constat était que les interventions faisaient majoritairement intervenir des professionnels de la santé, sans la participation d'acteurs du milieu de travail. Les auteurs ont conclu en recommandant le développement d'interventions intégrant tant le milieu clinique que les milieux de travail.

Au regard des grands constats de ces revues des écrits, il ressort que très peu d'interventions ont été développées spécifiquement pour la reprise du travail après un cancer du sein. D'ailleurs, dans plusieurs études recensées, la composante adressant la reprise du travail était souvent peu importante en proportion à celles touchant le rétablissement physique. De plus, il apparaît que plusieurs de ces interventions ont été l'objet d'études montrant des limites méthodologiques rendant difficile l'élaboration de recommandations précises (de Boer et al., 2015 ; Tamminga et al., 2010). Enfin, l'ensemble des auteurs des revues des écrits présentées ont conclu que de nouvelles interventions pour favoriser la reprise du travail après un cancer devaient être développées et étudiées. Ces nouvelles interventions devraient d'ailleurs considérer l'aspect processuel et dépendant du contexte du processus de reprise du travail après un cancer du sein.

2.3.2 *Recommandations pour le développement d'interventions complexes*

Les interventions répertoriées et ayant pour objectif de soutenir la reprise du travail après un cancer comprennent souvent plusieurs éléments constitutifs, demandent l'action de plusieurs ressources et ont des résultats incertains. Ces caractéristiques sont aussi souvent associées aux interventions dites complexes. En effet, bien qu'aucune définition ne fasse encore consensus, une intervention complexe se réfère à la définition combinée suivante :

une intervention ayant plusieurs éléments constitutifs, où il y a des interactions entre ceux-ci, qui touche différents niveaux d'organisation (ex. intervention qui demande des actions de la part de l'employeur, du supérieur immédiat et de l'employée elle-même), qui implique plusieurs intervenants, où plusieurs résultats différents sont possibles, et qui demande une certaine flexibilité dans son implantation ou sa mise en œuvre (Bleijenberg *et al.*, 2018; Kim, 2013; Medical Research Council Health (MRC), 2013; Möhler *et al.*, 2013).

Malgré la similitude des caractéristiques, les interventions développées pour favoriser la reprise du travail après un cancer ne semblent pas identifiées, développées et évaluées comme des interventions complexes. Or, certains auteurs soutiennent que les interventions complexes devraient être abordées de façon différente (Contandriopoulos *et al.*, 2012). En effet, pour développer une intervention complexe, les experts recommandent d'avoir un fondement théorique, de modéliser l'intervention et de mener une ou plusieurs études pilotes (Bleijenberg *et al.*, 2018; Faes *et al.*, 2013; MRC, 2013). Afin d'identifier des assises théoriques appropriées, il est suggéré de mener une revue des écrits scientifiques (Bleijenberg *et al.*, 2018; Kim, 2013; MRC, 2013). De plus, afin de bien comprendre le processus en jeu ou le phénomène sur lequel l'intervention devra agir, il est recommandé de mener de nouvelles études. Dans ces dernières, des parties prenantes de l'intervention devraient être rencontrées (Bleijenberg *et al.*, 2018; MRC, 2013). Par la suite, le développement de l'intervention devrait se faire en identifiant et définissant les éléments constitutifs de cette dernière, les liens entre eux, les interactions possibles ainsi que les effets auxquels s'attendre (Bleijenberg *et al.*, 2018; Faes *et al.*, 2013; MRC, 2013). Enfin, il est recommandé d'utiliser des méthodes mixtes pour mener une ou plusieurs études pilotes afin d'aller chercher les informations nécessaires pour bâtir éventuellement une étude élargie. Ces études pilotes permettent alors d'être informé sur divers aspects tels la faisabilité de l'intervention, le recrutement et la rétention des participants, la taille d'échantillon nécessaire ou encore les éléments critiques de l'intervention (Bleijenberg *et al.*, 2018; Möhler *et al.*, 2013; MRC, 2013). Ces informations pourront ensuite être utilisées pour optimiser le potentiel de l'intervention et pour préparer son évaluation (Bleijenberg *et al.*, 2018; Campbell *et al.*, 2000; Faes *et al.*, 2010; MRC, 2013).

2.4 Un modèle pour guider la présente étude

Afin de guider la présente étude, l’auteure a choisi d’utiliser un cadre conceptuel comme recommandé par Miles, Huberman et Saldana (2014). Selon ces auteurs, un cadre conceptuel permet de centrer et délimiter la collecte de données en décrivant, sous forme de graphique, les principales dimensions à étudier. Aussi, le choix des boîtes présentées dans celui-ci devrait être influencé par le but de l’étude et les écrits scientifiques (Miles, Huberman et Saldana, 2014).

Le but de l’étude est de modéliser une intervention afin de favoriser le processus de reprise du travail des survivantes après un cancer du sein. Pour ce faire, les experts soutiennent l’importance de bien comprendre le processus sur lequel l’intervention devra agir (Bleijenberg *et al.*, 2018; MRC, 2013). Or, comme mentionné plus tôt, les modèles abordant la reprise du travail après un cancer sont génériques. De plus, ces modèles ne conceptualisent pas la reprise du travail comme un processus mais plutôt de manière dichotomique, c’est-à-dire le fait d’être ou non au travail à un moment dans le temps. Enfin, les interrelations entre les facteurs ne sont pas encore comprises et doivent être étudiées davantage.

Compte tenu de la complexité du processus contextualisé impliquant les phases d’absence, de RAT et de MAT après un cancer du sein, deux modèles ont été choisis pour servir de base au modèle conceptuel intégrateur et permettre d’identifier les composantes à y intégrer : le « *Cancer and Work* » et l’« *Experience of cancer and work* ». Le choix de ces modèles a été fait en raison de leur complémentarité. Le modèle « *Cancer and Work* » a été choisi puisqu’il a été élaboré à partir d’une revue systématique des écrits ce qui lui donne une base théorique. De plus, ce modèle regroupe l’ensemble des facteurs, à divers niveaux (individuel, institutionnel et sociétal), pouvant influencer la reprise du travail après un cancer. Cependant, il est apparu que la dimension individuelle restait encore à approfondir. En effet, cette étude demandait d’avoir un point de vue plus global de l’expérience cancer. Ainsi, le modèle de Wells et collègues a permis de mieux centrer le modèle conceptuel intégrateur sur la personne et son expérience personnelle en identifiant les éléments

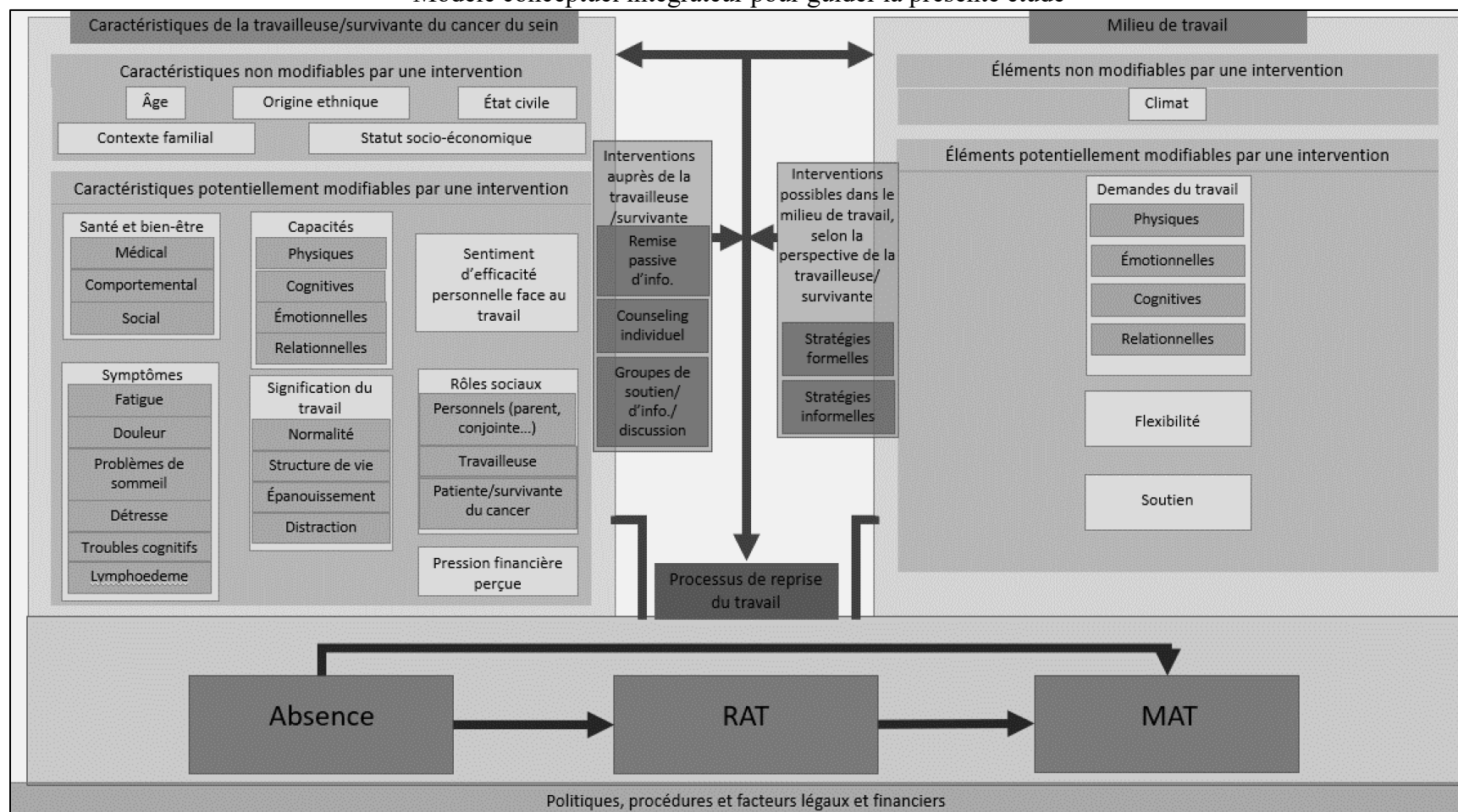
directement en lien avec la survivante du cancer du sein qui pourront avoir été influencés par l'expérience cancer et qui, à leur tour, pourront avoir une influence sur la reprise du travail. Enfin, des éléments propres au processus de reprise du travail après un cancer du sein ont ensuite été ajoutés afin d'en faire un cadre conceptuel plus spécifique à ce type de cancer. Ces ajouts ont été faits à partir des connaissances disponibles dans les écrits scientifiques et présentées dans les sections précédentes de ce chapitre.

2.4.1 Présentation du modèle conceptuel intégrateur

Le modèle conceptuel intégrateur, présenté à la figure 5, est descriptif c'est-à-dire qu'il présente les facteurs connus pour influencer le processus de reprise du travail après un cancer du sein (Mbengue et al., 2014). Le modèle fait aussi ressortir certaines associations entre des groupes de facteurs. Toutefois, les connaissances actuelles ne permettent pas de spécifier la nature, la puissance et le sens des relations entre ceux-ci.

Le modèle conceptuel intégrateur se décline en cinq grandes dimensions pouvant influencer le processus de reprise du travail : a) les politiques, procédures et facteurs légaux et financiers, b) les caractéristiques de la travailleuse/survivante du cancer du sein, c) le milieu de travail, d) les interventions auprès de la travailleuse/survivante et e) les interventions possibles dans le milieu de travail, selon la perspective de la travailleuse/survivante.

Figure 5
Modèle conceptuel intégrateur pour guider la présente étude



Dans ce modèle, les politiques, procédures et facteurs légaux et financiers forment le contexte sociétal dans lequel évolue la personne en processus de reprise du travail et où les autres dimensions interagissent pour influencer les phases d'absence, de RAT et de MAT. Cette dimension provient du modèle « *Cancer and Work* » de Feuerstein et collègues (2010). La présente étude s'intéresse aux phases d'absence, de RAT et de MAT après un cancer, à l'échelle de la survivante du cancer du sein. Les politiques, procédures et facteurs légaux et financiers devaient donc être présents dans le modèle conceptuel intégrateur.

L'enchaînement des phases d'absence, de RAT et de MAT n'est pas toujours linéaire. En effet, il peut arriver qu'une personne, à la suite d'un retour et d'un maintien au travail, revienne à la phase d'absence en raison du cancer. Toutefois, pour structurer l'intervention, il apparaît nécessaire de considérer l'ordre séquentiel habituel entre les phases d'absence, de retour et de maintien. Des flèches entre les phases indiquent que l'expérience pendant la phase d'absence peut influencer celles du RAT et de MAT. De la même façon, l'expérience vécue dans la phase de RAT peut influencer celle du MAT. Toutefois, la nature de ces relations n'est toujours pas connue et se doit d'être étudiée.

Les quatre dimensions suivantes du modèle peuvent être qualifiées de dimensions de proximité par rapport à la survivante. Elles se centrent davantage sur son expérience du processus de reprise du travail après un cancer du sein. Tout d'abord, les dimensions « caractéristiques de la travailleuse/survivante du cancer du sein » et « milieu de travail » sont toutes deux reliées au processus de reprise du travail par un trait plein afin de démontrer qu'elles sont associées, mais que les connaissances actuelles ne permettent pas d'établir la nature des relations. Les dimensions « caractéristiques de la travailleuse/survivante du cancer du sein » et « milieu de travail » sont en interaction pour influencer le processus de reprise du travail, c'est-à-dire que ces deux dimensions sont associées et interviennent ensemble pour influencer le processus de reprise (Mbengue *et al.*, 2014). Or, comment cette interaction peut influencer les différentes phases du processus de reprise du travail reste à être étudié. Enfin, les dimensions « interventions auprès de la travailleuse/survivante » et « interventions possibles dans le milieu de travail, selon la perspective de la

travailleuse/survivante », par leur présence ou non, ont le potentiel de modérer l'influence de cette interaction (Mbengue et al., 2014).

Dans les sections qui suivent, les quatre dimensions suivantes seront décrites plus en profondeur : les « caractéristiques de la travailleuse/survivante du cancer du sein », le « milieu de travail », les « interventions auprès de la travailleuse/survivante » et « interventions possibles dans le milieu de travail, selon la perspective de la travailleuse/survivante ».

2.4.1.1 Dimension « caractéristiques de la travailleuse/survivante du cancer du sein »

La dimension des « caractéristiques de la travailleuse/survivante du cancer du sein », dans une perspective holistique, tente de saisir la survivante dans sa globalité. Elle regroupe deux types de caractéristiques : non modifiables et modifiables par une intervention individuelle visant la reprise du travail après un cancer.

Les caractéristiques modifiables sont de potentielles cibles d'intervention (Feuerstein *et al.*, 2010). Dans le modèle conceptuel intégrateur, ces caractéristiques se classent en sept catégories de facteurs : « santé et bien-être », « symptômes », « capacités », « signification du travail », « rôles sociaux », « pression financière » et « sentiment d'efficacité personnelle face au travail ». Puisque la nature des relations entre ces catégories n'est pas encore bien comprise, aucune flèche ne les relie entre elles.

Afin de favoriser la compréhension du modèle conceptuel intégrateur, certaines précisions doivent être apportées. Tout d'abord, la catégorie « santé et bien-être » regroupe des facteurs d'ordre médical, comportemental et social. Cette catégorie provient du modèle « *Cancer and work* » de Feuerstein et collègues (2010) et reprend essentiellement ses définitions. Ainsi, les traitements suivis ou le stade de la maladie sont des exemples de facteurs d'ordre médical. Ces facteurs ressortent d'ailleurs comme pouvant influencer la durée d'absence des survivantes du cancer du sein (Johnsson *et al.*, 2011). Les facteurs

d'ordre comportemental regroupent tous les comportements associés à la santé tels une saine alimentation, la pratique d'activité physique et l'arrêt tabagique. De plus, les stratégies, présentées dans le modèle de Wells et collègues (2013) et mises en place par la survivante pour l'aider à reprendre le travail, peuvent aussi être considérées comme des facteurs d'ordre comportemental. Enfin, le type et la qualité des relations sociales et de soutien de la part de la famille, des proches, d'une paire ou de professionnels de la santé se classent dans les facteurs d'ordre social.

Ensuite, la catégorie des « symptômes » est constituée d'une liste non exhaustive de symptômes pouvant être associés au cancer du sein et à ses traitements. Ainsi, d'autres symptômes pourraient être considérés. La catégorie des « symptômes » est distincte de la catégorie « Santé et bien-être » puisque, bien qu'ils coexistent, les symptômes vécus par une survivante ne sont pas toujours explicitement liés à un facteur médical, comportemental ou social. Feuerstein et collègues (2010) suggèrent donc d'en faire une catégorie à part entière. Le modèle « *Cancer and work* », d'où la catégorie « symptômes » prend sa source, ne compte pas le lymphoedème dans la liste de symptômes identifiés. Or, afin de rendre le modèle conceptuel intégrateur de cette étude plus spécifique à la reprise du travail après un cancer du sein, ce symptôme a été ajouté. En effet, selon une récente revue des écrits, le lymphoedème constitue un symptôme physique régulièrement rapporté par les survivantes du cancer du sein comme pouvant influencer la reprise du travail (Sun *et al.*, 2017).

La catégorie des « capacités » porte sur les capacités individuelles en lien avec les diverses tâches requises par son emploi. Dans leur modèle, Feuerstein et collègues (2010) suggèrent que les facteurs en lien avec les capacités peuvent se situer tant sur le plan physique, cognitif, émotionnel ou relationnel. Les auteurs ne donnent toutefois aucune définition de ces niveaux.

Les catégories « signification du travail », « rôles sociaux » et « pression financière » prennent leur source dans le modèle de Wells et collègues (2013). Tout d'abord, les auteurs de ce modèle suggèrent que le travail peut avoir différentes significations d'une personne survivante à l'autre. En effet, plusieurs études suggèrent que le travail peut signifier « la vie

normale », donner une structure au quotidien, permettre à la survivante de s'épanouir ou encore servir de distraction (Amir *et al.*, 2008 ; Kennedy *et al.*, 2007 ; Main *et al.*, 2005). Ensuite, les auteurs du modèle « *Experience of cancer and work* » soutiennent que le maintien du rôle de travailleur peut prendre une très grande importance pour les personnes survivantes du cancer qui souhaitent souvent être perçues comme des travailleurs utiles et fiables (Wells *et al.*, 2013). Un rôle peut être défini comme un ensemble de comportements attendus par un groupe (Kielhofner, 2002). Le rôle de travailleur peut ainsi être défini comme l'ensemble des comportements attendus et reliés à un emploi, par exemple, être à l'heure, réaliser le travail attendu et maintenir de bonnes relations de travail. Le maintien du rôle de travailleur durant l'absence revient donc à garder ce rôle intégré à l'ensemble des rôles que la personne assume dans sa vie (parent, sœur, citoyen, etc.), malgré l'absence de réalisation des comportements qui y sont associés. Enfin, la catégorie de la « pression financière » fait aussi partie du modèle conceptuel intégrateur puisque plusieurs études proposent que la baisse de revenu, pouvant être associée à un diagnostic de cancer, peut jouer un rôle sur les différentes décisions prises relativement à l'emploi.

Bien que n'étant présent ni dans le modèle de Feuerstein et collègues (2010) ni celui de Wells et collègues (2013), le sentiment d'efficacité personnelle face au travail (SEPT) a été ajouté au modèle conceptuel intégrateur. Ce choix a été fait puisque plusieurs études récentes proposent que le SEPT est un facteur influençant la reprise du travail après un cancer (Duijts *et al.*, 2017; Leensen *et al.*, 2017; Raque-Bogdan *et al.*, 2015; Wolvers *et al.*, 2018). De plus, une revue des écrits portant spécifiquement sur la reprise du travail après un cancer du sein propose que le SEPT a un rôle sur les décisions en lien avec la reprise du travail pendant la phase d'absence (Sun *et al.*, 2017). D'ailleurs, des études portant sur des survivants de différents types de cancer suggèrent que le SEPT peut être influencé par une gestion des symptômes, la perception de la survivante de ses capacités en lien avec les tâches au travail, la signification donnée au travail et par l'image que la survivante se fait d'elle-même (rôles sociaux) (Bains *et al.*, 2012; Duijts *et al.*, 2017; Leensen *et al.*, 2017; Wells *et al.*, 2013).

2.4.1.2 Dimension « milieu de travail »

La dimension « milieu de travail » regroupe des éléments potentiellement modifiables ou non par une intervention. Les éléments potentiellement modifiables se classent en trois catégories de facteurs : « demandes du travail », « soutien » et « flexibilité ». Ces catégories proviennent du modèle de Feuerstein et collègues (2010) et de celui de Wells et collègues (2013). Les facteurs en lien avec les demandes du travail peuvent se situer à divers niveaux : physique, cognitif, émotionnel ou relationnel. Le soutien porte sur la perception de la survivante d'être soutenue par son employeur et ses collègues. De la même façon, la flexibilité regroupe les facteurs en lien avec la perception de la survivante que son milieu de travail lui permet une certaine latitude dans ses tâches. Ainsi, les demandes du travail, le soutien et la flexibilité sont de potentielles cibles d'intervention.

2.4.1.3 Dimensions « interventions auprès de la travailleuse/survivante » et « interventions possibles dans le milieu de travail, selon la perspective de la travailleuse/survivante »

Les dimensions « interventions auprès de la travailleuse/survivante » et « interventions possibles dans le milieu de travail, selon la perspective de la travailleuse/survivante » ne prennent leur source dans aucun des modèles présentés dans ce chapitre. Elles proviennent d'autres écrits scientifiques portant sur les interventions et stratégies mises en place pour la reprise du travail après un cancer. Ainsi, dans la dimension « interventions auprès de la travailleuse/survivante », trois activités régulièrement comprises dans les interventions de soutien spécifiques à la reprise du travail sont identifiées (de Boer *et al.*, 2015). Il s'agit de la remise passive d'information, de counseling individuel ou encore de groupe de soutien/information/discussion. La dimension « interventions possibles dans le milieu de travail, selon la perspective de la travailleuse/survivante » regroupe les stratégies formelles (ex. aménagements dans le milieu de travail) et les stratégies informelles (ex. partage des tâches avec les collègues) (Kennedy *et al.*, 2007 ; McKay *et al.*, 2013 ; Stergiou-Kita *et al.*, 2016).

Ainsi, le modèle conceptuel intégrateur permet de synthétiser les connaissances relatives aux différents facteurs pouvant avoir une influence sur l'expérience vécue lors du processus de reprise du travail après un cancer du sein. Ce modèle révèle plusieurs dimensions interreliées appartenant à plusieurs plans (politico-légal, de l'individu, du milieu de travail et des interventions) et permettant une reprise et un maintien au travail après un cancer du sein. Comme discuté précédemment, les écrits ont surtout étudié les facteurs associés à chacune des phases d'absence, de RAT et de MAT en les morcelant. Or, il a été suggéré par Young et collègues (2005) que ces phases seraient plutôt sur un même continuum et interreliées, ce qui implique que ce qui se passe dans une phase peut influencer les autres. De plus, il semble que la reprise du travail après un cancer du sein soit bien plus qu'une reprise des tâches associées à un emploi. En effet, les connaissances actuelles proposent que la reprise du travail puisse aussi avoir la signification de la reprise d'un rôle social. D'ailleurs, tel que proposé par Well et collègues (2013), ce que souhaite la survivante en matière de reprise du travail est aussi d'une grande importance et devrait être pris en considération lorsque vient le temps de qualifier le succès du processus.

Afin de bien englober l'ensemble de l'expérience des survivantes du cancer et les nuances proposées ci-haut, l'expression *processus de réappropriation du travail* sera utilisée au lieu de l'expression *processus de reprise du travail* dans le reste de cette thèse. Plus précisément, le terme *processus* fait référence à « un phénomène évolutif comprenant une séquence d'événements ou de phases organisés dans le temps » (Langley *et al.*, 2013). Cette définition reflète bien l'idée d'un enchaînement des phases d'absence, de RAT et de MAT proposée par Young et collègue (2005). De la même façon, les termes *appropriation* et *réappropriation*, qui signifient respectivement « action de faire sien » et « s'approprier à nouveau », apparaissent bien correspondre à l'expérience des survivantes quant à la reprise d'un rôle ainsi qu'à la nécessité de considérer ce que souhaite la survivante en matière de reprise du travail tel que proposée par Wells et collègues (2013).

2.5 But et objectifs de l'étude

Rappelons que le but de cette étude était la modélisation d'une intervention visant la réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein. Dans cette perspective, trois objectifs étaient poursuivis :

1. Identifier les facteurs et décrire les interrelations qui auront une influence sur le processus de réappropriation du travail à la suite d'un cancer du sein.
2. Identifier les interventions étudiées visant le retour et le maintien au travail des survivants du cancer;
3. Apprécier la pertinence et l'applicabilité de l'intervention auprès d'experts du terrain.

L'élaboration de ces trois objectifs a pris appui sur l'approche ARA (Active-Réactive-Adaptative) (Brousselle *et al.*, 2009). Cette approche, utilisée en planification et en évaluation de programme, préconise une consultation entre l'auteur d'un programme et les utilisateurs potentiels (Brousselle *et al.*, 2009). Cette approche compte trois étapes : 1) l'élaboration d'une proposition d'intervention, 2) la présentation de cette proposition d'intervention à des experts du terrain afin de recueillir des suggestions et leur appréciation et finalement, 3) la présentation de l'intervention, sous une forme visuelle, en fonction des informations collectées.

Pour modéliser une intervention, les experts soutiennent l'importance de bien comprendre le processus sur lequel l'intervention devra agir (Bleijenberg *et al.*, 2018; MRC, 2013). Ainsi, l'utilisation de l'approche ARA pour le développement des objectifs de cette étude a favorisé l'apport de différentes perspectives pour étudier le processus de réappropriation du travail après un cancer du sein et ainsi le comprendre davantage.

Le présent chapitre a aussi mis en lumière que les interventions développées pour soutenir les survivants du cancer peuvent habituellement être qualifiées d'interventions complexes. Pour le développement d'une intervention complexe, le MRC recommande qu'une première étape soit d'identifier les assises théoriques en menant des entretiens avec

des parties prenantes et une revue des écrits ainsi qu'en modélisant l'intervention sous la forme d'un modèle logique (Bleijenberg *et al.*, 2017; MRC, 2013). Ainsi, l'approche ARA a aussi permis de structurer les recommandations du MRC pour la modélisation d'une intervention complexe.

Le tableau 4 présente la mise en relation entre les étapes de l'approche ARA et les objectifs de cette étude.

Tableau 4
Approche ARA et objectifs de l'étude

Étapes de l'approche ARA	Objectifs de l'étude
1- Élaboration d'une proposition d'intervention	Objectif 1 : Identifier les facteurs et décrire les interrelations qui auront une influence sur le processus de réappropriation du travail à la suite d'un cancer du sein Objectif 2 : Identifier les interventions étudiées visant le retour et le maintien au travail des survivants du cancer
2- Présentation de cette proposition d'intervention à des experts du terrain afin de recueillir des suggestions et leur appréciation	Objectif 3 : Apprécier la pertinence et l'applicabilité de l'intervention auprès d'experts du terrain
3- Présentation de l'intervention, sous forme visuelle, en fonction des informations collectées	Résultats : Modélisation de l'intervention pour la réappropriation du travail après un cancer du sein

3. METHODE

Ce chapitre se divise en sept sections. La première section présente le devis utilisé dans cette étude. Les deux sections suivantes exposent les approches méthodologiques utilisées pour les objectifs 1 et 2. La quatrième section aborde l'approche utilisée pour la comparaison et l'intégration des résultats des deux premiers objectifs. La cinquième section présente l'approche méthodologique utilisée pour l'objectif 3. Enfin, les deux dernières sections portent respectivement sur la modélisation de l'intervention et les considérations éthiques.

3.1 Devis

Cette étude exploratoire a pour but la modélisation d'une intervention visant la réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein. L'étude de cas a été privilégiée pour cette étude puisque c'est une méthode de recherche empirique particulièrement indiquée pour étudier un phénomène complexe et contemporain dans son milieu naturel (Yin, 2013). Le processus de réappropriation du travail est un bon exemple d'un phénomène complexe, dépendant du contexte et prenant forme en milieu naturel.

Pour choisir le cas à l'étude, Yin (2013) recommande d'abord de le définir, puis de délimiter où le cas commence et où le cas s'arrête. Dans le cadre de cette étude, le cas a donc été défini comme étant le processus de réappropriation du travail après un cancer du sein durant les phases d'absence, de RAT et de MAT. Le maintien au travail a été défini par « être au travail pour une période minimale de 18 mois après la période d'absence ». Cette durée apparaissait appropriée puisqu'elle représente un peu plus d'un cycle annuel de travail, incluant les jours fériés et les vacances.

Afin de modéliser une intervention, les experts soutiennent la nécessité de bien comprendre le processus sur lequel l'intervention agira. Ainsi, en vue d'avoir une compréhension plus globale du processus de réappropriation du travail après un cancer du sein, l'étude de cas a compté trois sources de données associées à des approches

méthodologiques différentes et correspondant aux objectifs de l'étude. Ce choix a ainsi permis d'aller chercher différentes perspectives sur le processus. Le tableau 5 présente la structure de l'étude de cas.

Tableau 5
Structure de l'étude de cas

Sources de données	Approches méthodologiques de collecte de données	Analyse des données
Survivantes du cancer du sein ¹	Entrevues qualitatives ^a	Analyse de contenu des entrevues ^a
Écrits scientifiques ²	Revue intégrative des écrits scientifiques ^b	Réduction des données ^b Présentation des données ^b Comparaison des données ^b Élaboration de conclusions et vérification ^b
Données des résultats des objectifs 1 et 2	Comparaison et intégration des résultats des objectifs 1 et 2	Réduction des données ^a Comparaison des données ^a Élaboration des résultats et produits de l'intervention
Experts du terrain ³	Entrevues qualitatives ^a	Analyse de contenu des entrevues ^a

Légende :

- ¹ : pour l'objectif 1
- ² : pour l'objectif 2
- ³ : pour l'objectif 3
- ^a : Miles, Huberman et Saldana (2014)
- ^b : Whittemore et Knalf (2005)

Afin de faciliter la lecture des prochaines sections, le texte a été divisé en fonction des objectifs de l'étude.

3.2 Objectif 1 : Identifier les facteurs et décrire les interrelations qui auront une influence sur le processus de réappropriation du travail à la suite d'un cancer du sein

Le premier objectif a permis de documenter les dimensions « caractéristiques de la travailleuse/survivante du cancer » et « milieu de travail » du modèle conceptuel intégrateur.

3.2.1 Sources de données

Les sources de données utilisées pour cet objectif ont été des survivantes du cancer du sein. La perspective des survivantes du cancer du sein a été privilégiée comme source de données pour ce premier objectif puisqu'un des grands principes de la modélisation d'interventions complexes est de mobiliser les personnes concernées (MRC, 2013). Par ailleurs, ce principe est en cohérence avec le vaste courant des soins centrés sur la personne. Ce courant préconise une considération holistique de la personne, c'est-à-dire les aspects biologiques, psychologiques, spirituels ainsi que ses valeurs et ses préférences, pour le choix des services et soins à lui fournir (Yun et Choi, 2019 ; Zhao *et al.*, 2016). Dans cette étude, les femmes touchées par un cancer du sein ayant expérimenté une reprise du travail après une absence sont les personnes visées par l'intervention. De plus, les études portant sur la reprise du travail après un cancer portent habituellement sur une seule phase du processus. Ainsi, rencontrer des femmes ayant vécu les trois phases du processus (absence, RAT, MAT) pour obtenir leur perspective sur les facteurs et interrelations pouvant influencer le processus de réappropriation du travail était tout à fait indiqué.

Les survivantes rencontrées ont été sélectionnées selon un échantillonnage de convenance (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Ce type d'échantillonnage repose sur le principe que le chercheur approchera des individus se trouvant potentiellement au cœur du phénomène étudié. Les critères d'inclusion étaient :

- Être une femme ayant eu un diagnostic de cancer du sein dont les traitements à visée curative sont terminés;
- Être âgée entre 18 et 60 ans au moment du diagnostic;
- Être en emploi au moment du diagnostic;
- Avoir repris le travail depuis au moins 18 mois lors de l'entrevue;
- Avoir repris au moins 50 % des tâches antérieures exercées avant l'absence, depuis au moins 12 mois.

Le critère d'exclusion était d'être travailleuse autonome. En effet, les écrits scientifiques suggèrent que les travailleuses autonomes vivent une expérience différente des travailleuses employées dans une entreprise en raison des caractéristiques concernant, par exemple, la sécurité d'emploi et les assurances (Drolet *et al.*, 2005b; Dunbrack, 2010).

Les participantes potentielles ont majoritairement été identifiées à partir d'une liste d'anciennes clientes ayant utilisé les services d'hébergement d'un organisme en lien avec le cancer, pendant les traitements, minimalement 18 mois avant la tenue de l'étude. Ces services sont offerts à toute personne devant recevoir des traitements contre le cancer et demeurant à l'extérieur de la ville où est établi l'hôpital, limitant ainsi les trop longs déplacements. La distance entre le domicile et l'hôpital est le seul critère pour avoir accès à l'hébergement. Pour l'identification de participantes potentielles, les étapes suivantes ont été franchies :

- Un contact a été établi avec la directrice du centre;
- Une employée du centre a été désignée pour contacter les participantes potentielles;
- Une formation sur l'étude lui a été donnée quant aux critères d'inclusion ainsi qu'un scénario de recrutement écrit;
- L'employée désignée a contacté les participantes potentielles pour les informer de l'étude (réappropriation du travail après un cancer du sein) et obtenir leur autorisation à être contactée par la doctorante;

- La doctorante a contacté chacune des participantes potentielles afin de les informer sur l'objectif de l'étude et la nature de la participation et ainsi éclairer le consentement à participer (ou non).

3.2.2 *Approche méthodologique de la collecte des données*

L'approche méthodologique principale de collecte de données a été l'entrevue qualitative semi-dirigée. Cette méthode est indiquée lorsque le sujet est complexe et que le sens que donnent des individus à un phénomène est important (Savoie-Zajc, 2003). Le guide d'entrevue (annexe 1) portait principalement sur les trois phases du processus de réappropriation du travail suivantes : l'absence, le RAT et le MAT. Le modèle conceptuel intégrateur a permis de développer les questions du guide d'entrevue (Miles, Huberman et Saldana, 2014). La démarche systématique proposée par Paillé (1991) a été utilisée pour élaborer le guide d'entrevue: 1) l'élaboration d'un premier jet de concepts et thèmes à aborder, 2) le regroupement thématique, 3) la structuration interne des thèmes, 4) l'approfondissement des thèmes et finalement, 5) l'ajout d'une série de questions potentielles afin de faire des entrevues en profondeur. Cette façon favorise une préparation et une réflexion structurées lors de l'élaboration (Paillé, 1991). Le guide d'entrevue a ensuite été prétesté auprès d'une survivante du cancer du sein qui répondait aux critères de sélection de l'étude mais qui n'y participait pas. La durée estimée de l'entrevue était d'environ 60 minutes. Le contenu verbal de toutes les entrevues a été enregistré sur bande audionumérique puis transcrit sous forme de verbatim.

Un court questionnaire (annexe 2) auto administré visait à recueillir des données sociodémographiques (ex. âge, contexte familial et financier), en lien avec le milieu de travail (ex. taille de l'entreprise, nombre d'années en poste, exigences de l'emploi) et cliniques (ex. moment du diagnostic, traitements reçus) afin d'enrichir la compréhension du processus de réappropriation du travail après un cancer. Le choix des données recueillies a été dicté par le modèle conceptuel intégrateur qui a guidé l'ensemble de l'étude.

3.2.3 *Analyse des données*

L'analyse a été menée tout au long de la collecte de données, de façon itérative, c'est-à-dire que chaque entrevue a rapidement été suivie de l'analyse de son contenu (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Cette stratégie a permis une première organisation des données en vue d'une analyse plus approfondie et de faire évoluer le guide d'entrevue, au besoin, en cours d'étude. L'analyse de contenu des entrevues a été effectuée à l'aide d'une grille de codage semi-ouverte, qui est disponible à l'annexe 3 (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Les codes d'analyse préétablis correspondaient aux variables contenues dans le modèle conceptuel intégrateur. Le recours à une grille de codage semi-ouverte a permis d'introduire d'autres codes lorsqu'ils émergeaient en cours d'analyse. En cohérence avec le processus itératif, plusieurs cycles de codage ont été complétés en cours de collecte de données. Lors de ces cycles de codage, les facteurs identifiés ont progressivement été mis en perspective afin de relier certains d'entre eux, selon ce que les verbatim ont mis en évidence. Ces mises en relation entre les facteurs ont, entre autres, permis de prendre en compte l'aspect temporel du processus de réappropriation du travail selon les trois phases. Des mémos et des résumés intermédiaires ont aussi été rédigés afin d'amorcer et d'approfondir la compréhension des interrelations entre les facteurs influençant le processus de réappropriation du travail (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Le logiciel QDA Miner a servi d'entrepôt formel de données et a été utilisé pour gérer la codification (Provalis, 2012).

Afin d'assurer la crédibilité des résultats, la clarté de la définition des codes et la qualité du codage, les deux premières entrevues ont été analysées individuellement par la doctorante et une de ses directrices (MJD) (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Les différences dans l'attribution de certains codes ont été discutées et un choix consensuel a été établi. Les huit autres entrevues ont été analysées par la doctorante et discutées avec les deux codirectrices.

Pendant toute la durée de la collecte et de l'analyse des données, un journal réflexif permettait à la doctorante de consigner ses aprioris, ses intuitions et les questions d'analyse

(Thomas *et al.*, 2015). Cette façon visait une certaine objectivation de la doctorante et une analyse plus juste des données (Thomas *et al.*, 2015).

À la suite des analyses de contenu des entrevues, des matrices ont été construites selon les recommandations de Miles, Huberman et Saldana (2014). Un exemple de matrice est disponible à l'annexe 4. Des analyses de chacune des sources ont permis l'exploration en profondeur de l'expérience de chacune des participantes. D'autres analyses ont ensuite été faites afin de trouver des convergences et des divergences entre les sources, en fonction des trois phases du processus de réappropriation du travail : absence, RAT et MAT. L'ensemble de ces analyses a ainsi permis une compréhension et une description riches du processus à l'étude (Miles, Huberman et Saldana, 2014).

Les données recueillies à l'aide du questionnaire ont été analysées avec des statistiques descriptives (médiane, minimum et maximum et fréquences) afin de décrire les caractéristiques des participantes.

3.2.4 Présentation des résultats

À la suite des analyses, trois des participantes ont été sélectionnées afin de leur présenter les résultats de l'analyse. Le choix de ces participantes a été dicté dans la logique de l'échantillonnage par critères selon la plus grande différence quant à l'âge, la présence de la sensation de fatigue décrite et les difficultés rencontrées au travail (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Les résultats présentés étaient sous forme de figures schématisant les facteurs et les interrelations ressortant des analyses. Un exemple de ces figures est disponible à l'annexe 5. Ce retour à certaines participantes a ainsi permis d'obtenir leur point de vue sur la compréhension des chercheurs. Ces entrevues ont été enregistrées et transcrites puis ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

3.3 Objectif 2 : Identifier les interventions étudiées visant le retour et le maintien au travail des survivants du cancer

L'objectif 2 a été choisi afin d'approfondir la compréhension des dimensions « interventions auprès de la travailleuse/survivante » et « interventions possibles dans le milieu de travail, selon la perspective de la travailleuse/survivante » du modèle intégrateur servant de cadre conceptuel à l'étude.

3.3.1 Sources de données

Les sources de données utilisées pour ce deuxième objectif ont été les écrits scientifiques portant sur les interventions étudiées visant le retour et le maintien au travail des survivants du cancer.

3.3.2 Approche méthodologique de la collecte de données

Pour répondre à l'objectif 2, une revue intégrative des écrits scientifiques a été effectuée. Ce type de revue permet d'inclure des études ayant des méthodes, des buts et des populations différents. La revue intégrative permet aussi de présenter l'état des connaissances sur un sujet, de contribuer à l'élaboration de nouvelles théories et d'appliquer des résultats de recherche sur le terrain (Whittemore et Knalf, 2005). Enfin, une telle revue permet de profiter des avantages des méthodes qualitatives et quantitatives tout en limitant les faiblesses associées à chacune de ces méthodes (Whittemore et Knalf, 2005).

Pour mener la revue intégrative de cette étude, les deux étapes suivantes ont d'abord été franchies : 1) identification du problème, où le but de l'étude est établi et les variables sont identifiées, 2) définition des stratégies de recherche qui seront utilisées (mots-clés, bases de données ainsi que critères d'inclusion et d'exclusion des articles).

3.3.2.1 Étape 1 de la revue intégrative : Identification du problème

Dans le cadre de cette étude, la revue des écrits avait pour but d'identifier les interventions visant le retour et le maintien au travail des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer afin de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les objectifs des interventions trouvées dans les écrits?
- Quelles sont les activités ou actions comprises dans ces interventions?
- Quelles sont les ressources matérielles nécessaires à ces interventions?
- Quelles sont les ressources humaines impliquées dans ces interventions?
- Dans quel (s) contexte (s) se tiennent ces interventions?
- À quel moment sont mises en place ces interventions (dans la phase d'absence, de RAT ou de MAT?)
- Quels sont les effets de ces interventions?
- Quels sont les facilitateurs et les obstacles à l'implantation de ces interventions?

Au tableau 6, un ensemble de définitions couvrant les différents concepts intégrés dans l'énoncé du but de la revue est présenté.

Tableau 6

Définitions des concepts considérés dans la revue intégrative des écrits

Survivante du cancer	Adulte ayant reçu un diagnostic de cancer, dont les traitements actifs sont terminés et qui n'a subi aucune récurrence ni nouveau cancer.
Absence du travail	Phase du processus de réappropriation du travail débutant à la première journée d'absence et se terminant lors de la première journée du retour physique dans le milieu de travail.
Retour au travail	Phase du processus de réappropriation du travail débutant lors du retour physique dans le milieu de travail et se prolongeant jusqu'à 12 mois suivant le retour physique du travailleur.
Maintien au travail	Phase du processus de réappropriation du travail débutant 12 mois après le retour physique, sans interruption, du travailleur et se prolongeant jusqu'à la démission, la mise à pied ou la retraite définitive du marché du travail.
Éléments-clés d'une intervention de soutien	Objectifs, activités ou actions, ressources matérielles, ressources humaines, éléments du contexte, effets, facilitateurs et obstacles dans le processus de réappropriation du travail.

3.3.2.2 Étape 2 de la revue intégrative : Définition des stratégies de recherche

La stratégie de recherche des écrits a mobilisé trois techniques complémentaires de collecte d'informations (Whittemore et Knalf, 2005). La principale technique fut la consultation de bases de données informatisées de références bibliographiques. Cette technique a été choisie pour son efficacité puisqu'elle permet de trouver rapidement plusieurs écrits (Whittemore et Knalf, 2005). En tout, quatre bases de données différentes ont été consultées : Medline, CINAHL, SCOPUS et Academic Search Complete. Pour préciser la recherche, les chercheurs dans la présente étude ont usé de MeSH et utilisé les opérateurs booléens « OR », « AND » et « NOT » ainsi que le signe « * ».

Une démarche structurée a été mise en place en utilisant le cadre PICO pour établir les mots-clés qui devaient être utilisés (Schardt *et al.*, 2007). Ce cadre permet de décortiquer une question de recherche en mots-clés pouvant potentiellement mener à des écrits pertinents lors d'une recherche dans les bases de données. Le tableau 7 présente les éléments constitutifs du cadre PICO ainsi que les mots-clés utilisés pour la recherche dans les bases de données. Il est à noter que dans le cadre de cette étude, aucune limite de date n'a été imposée pour la sélection des articles. La recherche documentaire s'est terminée au mois de juillet de l'année 2016.

Tableau 7
Éléments constitutifs du cadre PICO et mots-clés utilisés

Lettre	Signification	Mots clés
P	Patient ou problème	cancer* OR oncolog* OR survivor OR adult women OR late effects OR neoplasm OR carcinomas OR chemotherapy OR breast
I	Intervention	program OR policy OR intervent* OR support OR vocational OR rehab* OR occupational* OR guidance OR co-worker OR social OR return to work OR coping OR workplace OR adjustmen* OR psychosocial OR vocational OR physical OR multidisciplinary OR organizat* OR individual* OR action* OR environment* OR rehabilitation
C	Comparaison	-
O	<i>Outcome</i>	employment OR return to work OR outcome OR process OR work OR employment status OR occupation OR stay at work OR maintain* at work OR workability OR workplace sustainability OR sustain at work OR retention

Une deuxième technique de collecte de données consistait en la recherche manuelle à partir des listes de références des articles retenus lors de la première étape. La troisième technique a été l'approche collégiale où des collègues ayant une expertise en soins infirmiers et en réadaptation au travail ont été consultés afin d'obtenir une courte liste d'articles qu'ils considéraient comme les meilleurs articles sur le sujet.

Afin d'être inclus dans la revue des écrits, les articles devaient porter sur des interventions, des éléments-clés d'interventions, des recommandations par rapport à des interventions ou encore l'implantation d'interventions, mises en place dans le but de favoriser le processus de réappropriation du travail de survivants du cancer. En 2009, une revue systématique des écrits étudiant les effets sur le retour au travail et les caractéristiques d'interventions s'adressant spécifiquement aux survivantes du cancer du sein n'avait trouvé que quatre études (Hoving *et al.*, 2009). Ainsi, pour cette revue, il a été décidé que les interventions s'adressant aux survivants du cancer, tous sièges tumoraux confondus, soient incluses. Les écrits devaient aussi avoir été rédigés en français ou en anglais. Les critères d'inclusion ne comprenaient aucune limite de temps et les études d'aucun pays n'étaient écartées d'emblée. Les critères d'exclusion des articles étaient les suivants :

- Écrits de type « commentary », éditorial, prise de position ou revue des écrits sans méthodologie claire;
- Écrits traitant d'interventions médicales ou pharmaceutiques;
- Écrits traitant d'interventions pour une première entrée sur le marché du travail après un cancer pédiatrique;
- Écrits traitant d'interventions pour une réinsertion sur le marché du travail, et non un retour ou un maintien dans un même milieu de travail, après un cancer.

La sélection des écrits a été menée en trois vagues où chaque fois les critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués pour faire une sélection des textes. La première vague consistait à lire les titres. La deuxième vague comportait la lecture des titres et des résumés des textes retenus lors de la première vague. La troisième vague consistait à la lecture complète des textes toujours retenus après la deuxième vague. La sélection initiale des écrits a été menée par la doctorante (MCA), suivi d'un consensus avec ses directrices.

3.3.3 *Analyse des données*

Pour l'analyse des données, la troisième étape de la revue intégrative des écrits, tel que proposée par Whittemore et Knalf, (2005) a été menée.

3.3.3.1 *Étape 3 de la revue intégrative : Analyse et interprétation des données*

Whittemore et Knalf (2005) proposent une technique d'analyse systématique qui a pour effet de limiter les risques de biais ou d'erreur méthodologique. Il s'agit de diviser le processus d'analyse et d'interprétation des données en quatre parties, détaillées dans le tableau 8.

Tableau 8
Processus d'analyse et d'interprétation des données

Partie	Actions à mener
Réduction des données	<ul style="list-style-type: none"> - Établir un système de classification des articles (sous-groupes selon type de données, chronologie, échantillon, etc.). - Élaboration de grilles d'extraction des données répertoriant les éléments à collecter dans chacun des sous-groupes d'articles. - Résultat à la fin de cette partie : Résumé de chacun des articles, sur une page, grâce aux grilles d'extraction des données.
Présentation des données	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation des données recueillies pour chaque sous-groupe à l'aide de matrices. - Résultats à la fin de cette partie : Plusieurs matrices servant de base pour l'interprétation.
Comparaison des données	<ul style="list-style-type: none"> - Trouver des patrons, thèmes et relations dans les matrices. - Produire une carte conceptuelle. - Résultats à la fin de cette partie : Carte conceptuelle regroupant la majorité des variables et thèmes étudiés.
Élaboration de conclusions et vérification	<ul style="list-style-type: none"> - Émettre des conclusions pour chacun des sous-groupes. - Vérifier les conclusions de chaque sous-groupe par un retour dans les articles. - Synthétiser en un texte l'ensemble des conclusions et éléments importants ressortis de chacun des sous-groupes.

Une première lecture des articles a permis d'identifier que les interventions étaient déployées soit en milieu clinique ou en milieu de travail. Ainsi, afin de réaliser la première partie du processus d'analyse proposé, soit la réduction des données, un classement en deux sous-groupes a été fait selon que l'intervention étudiée se tenait en milieu clinique ou de travail. Ensuite, la classification des dimensions d'une intervention de Brousselle et collègues (2009), soit objectifs, activités ou actions, ressources humaines, contexte et effets, a été la base d'une grille d'extraction systématique des données. Trois textes de chaque sous-groupe (intervention en milieu clinique ou de travail) ont par la suite été lus pour tester la première version de la grille d'extraction des données. À la suite de cet exercice, la grille d'extraction des données a été précisée, principalement en retirant les dimensions « ressources matérielles » et « facilitateurs et obstacles à l'implantation ». Cette décision a été prise puisque les textes ne rapportaient aucune information sur ces dimensions. Lorsque les modifications à la grille d'extraction de données ont été apportées, l'ensemble des articles

de chaque sous-groupe a été analysé. Ainsi, à la fin de cette section de l'analyse, chaque article inclus dans la revue avait été « résumé » à l'aide de la grille, et ce, sur une seule page. Un exemple des grilles d'extraction des données utilisées pour les études sur les interventions en milieu clinique et de travail est disponible à l'annexe 6.

Pour les deux parties suivantes du processus, soit la présentation et la comparaison des données, des matrices ont été construites à cette fin et une fois les données incluses dans les matrices, des patrons, des thèmes et des relations ont été recherchés. Les matrices utilisées sont disponibles à l'annexe 7.

Pour réaliser la dernière partie du processus proposé, une analyse des résultats extraits pour chacun des sous-groupes d'articles (portant sur les interventions en milieu clinique ou en milieu de travail) a été menée. Ces résultats ont ensuite été vérifiés en consultant à nouveau les articles. Finalement, une synthèse a été réalisée.

3.3.4 Présentation des résultats

Le rapport des résultats de la présente revue intégrative s'est inspiré de certains éléments de la grille-guide RAMESES (*Realist And Meta-narrative Evidence Syntheses : Evolving Standards*) afin d'avoir une démarche structurée, complète et transparente. La grille RAMESES a été choisie comme guide puisqu'elle permet de combiner des études qualitatives et quantitatives (Wong *et al.*, 2013).

3.4 Comparaison et intégration des résultats des objectifs 1 et 2

Afin d'élaborer une première proposition d'intervention, des constats ont été dégagés à partir de la comparaison et de l'intégration des résultats de l'objectif 1 et de l'objectif 2 (Yin, 2013). Pour ce faire, des matrices ont été créées. Tout d'abord, des matrices «source/phase», pour chacune des sources de données (survivantes du cancer du sein et écrits scientifiques), ont été bâties (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Ces matrices étaient structurées selon les phases du processus et présentaient, entre autres, les facteurs pouvant

influencer le processus et les activités ou pratiques mises en place ou souhaitées pour agir sur ces facteurs.

À partir du matériel des matrices «source/phase», de nouvelles matrices pour chacune des phases (absence, RAT et MAT) ont été construites en combinant les résultats de l'expérience des survivantes du cancer et les données sur les interventions présentes dans les écrits scientifiques. Des regroupements de facteurs ont ensuite été effectués afin de réduire les données, les organiser de manière cohérente en des tableaux synoptiques ordonnés et permettre une observation des convergences et divergences (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Des exemples des matrices et tableaux créés pour la comparaison et l'intégration des résultats des objectifs 1 et 2 sont disponibles à l'annexe 8. Les résultats préliminaires de cette analyse ont par la suite été présentés puis discutés avec les directrices de thèse. Lors de ces discussions, des constats ont été établis par consensus quant aux éléments importants à intégrer dans la proposition d'intervention.

3.5 Objectif 3 : Apprécier la pertinence et l'applicabilité de l'intervention auprès d'experts du terrain

3.5.1 Sources de données

À la suite de l'élaboration de la proposition d'intervention, des experts du terrain ont été rencontrés à deux reprises. Dans le cadre de cette thèse, l'appellation « experts du terrain » a été retenue pour désigner des personnes avec différentes expertises, choisies parce qu'elles sont directement impliquées auprès des survivantes lors d'une ou de plusieurs des phases du processus de réappropriation du travail.

La stratégie d'échantillonnage des experts du terrain a été de convenance (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Les personnes recherchées étaient issues du domaine de l'oncologie ou de la gestion des absences au travail et pourraient éventuellement être impliquées dans la mise en œuvre de l'intervention. En effet, la littérature scientifique suggère que la reprise du travail après un cancer implique plusieurs dimensions de facteurs

associés tant à la personne et sa santé qu'à son emploi. Ainsi, des acteurs des domaines de l'oncologie et du milieu de travail peuvent être impliqués dans le processus de réappropriation du travail. Le choix des experts du terrain a donc été fait afin de représenter ces deux pôles. Un recrutement par boule de neige a été préconisé (Miles, Huberman et Saldana, 2014).

3.5.2 *Approche méthodologique de la collecte de données*

L'approche méthodologique principale de collecte de données a été l'entrevue qualitative. Ainsi, la consultation des experts du terrain a pris la forme de deux entrevues individuelles semi-dirigées d'une trentaine de minutes qui ont été enregistrées sur bande audionumérique puis transcrites sous forme de verbatim.

Les experts du terrain ont été rencontrés individuellement une première fois afin d'obtenir leur perception quant à la pertinence de la proposition d'intervention dégagée de la comparaison et l'intégration des résultats des objectifs 1 et 2. Dans cette étude, la pertinence fait référence à la perception que l'intervention peut répondre à un besoin, c'est-à-dire un écart entre une réalité et la situation désirée (Greenhalgh *et al.*, 2004), et qu'elle peut apporter des bénéfices. La semaine précédant la première entrevue, les experts recevaient une copie de cette proposition d'intervention, qui comprenait trois éléments. Un premier élément était l'effet recherché, c'est-à-dire ce qui est attendu dans les mois et années après la mise en place de l'intervention. Un deuxième élément était les résultats souhaités soit ce qui est prévu en termes de comportements, connaissances, habiletés, statut ou niveau de fonctionnement des participants à l'intervention. Le troisième élément de la proposition d'intervention était les produits, c'est-à-dire ce que devraient produire les éventuelles activités pour atteindre les résultats. Les activités potentielles de l'intervention n'ont pas été développées dans la proposition présentée lors de cette première rencontre. Cette décision reposait d'abord sur les recommandations de l'approche ARA qui suggèrent de présenter la proposition d'intervention à des experts du terrain afin de recueillir des suggestions. De plus, la sollicitation de suggestions de la part des experts du terrain a permis de développer les activités tout en prenant en compte l'influence du contexte dans lequel l'intervention pourrait

être mise en œuvre. Ainsi, le guide développé pour mener la première entrevue abordait la pertinence des éléments dégagés des deux premiers objectifs et les suggestions de formes d'activités à inclure dans l'intervention afin qu'elle soit applicable. Le guide d'entrevue est disponible à l'annexe 9.

Lorsque toutes les premières entrevues ont été menées, des activités, inspirées des premières rencontres avec les experts, ont été ajoutées à la proposition d'intervention. L'intervention ainsi modélisée a ensuite été envoyée aux experts rencontrés précédemment pour qu'ils puissent en prendre connaissance avant la seconde entrevue. Un second guide d'entrevue a été élaboré et abordait la perception des experts du terrain quant à la pertinence et l'applicabilité de l'intervention modélisée. Dans cette étude, l'applicabilité fait référence au degré d'intégration potentielle de l'intervention dans les pratiques actuelles (Sekhon *et al.*, 2017). Ce deuxième guide d'entrevue est disponible à l'annexe 9.

3.5.3 *Analyse des données*

Pour chaque expert rencontré, une analyse exploratoire et descriptive des verbatim a été réalisée (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Il s'agissait tout d'abord de lire le verbatim puis de noter les thèmes émergents des réponses à chacune de questions.

3.5.4 *Présentation des résultats*

Les thèmes émergeant de l'analyse des données ont été présentés sous la forme d'une synthèse à l'équipe de directrices de thèse. À la suite d'une discussion, une liste de modifications a été proposée. À partir de ces résultats, la modélisation de l'intervention émergeant de l'étude de cas a été réalisée sous la forme d'un modèle logique, tel que recommandé par le MRC.

3.6 Modélisation de l'intervention émergeant de l'étude de cas

Pour modéliser l'intervention émergeant de l'étude de cas, une méthode inspirée de l'approche de développement de modèles logiques de la *WK Kellogg Foundation* (2004) a été utilisée. Cette méthode a été choisie puisqu'elle permet une représentation de l'intervention et de son fonctionnement, facilement compréhensible par différents acteurs provenant de différents domaines (WK Kellogg Foundation, 2004). Plus précisément, un modèle logique est un moyen de présenter de façon visuelle et systématique les relations entre les différents éléments constitutifs ainsi que le fonctionnement de l'intervention. Un modèle logique devrait comprendre quatre types d'éléments : les activités, les produits (ce que produisent les activités), les résultats et finalement les effets. Le tableau 9 présente les définitions données par la *WK Kellogg Foundation* aux différents types d'éléments compris dans un modèle logique.

Tableau 9
Types d'éléments compris dans un modèle logique et leur définition

Types d'éléments	Définitions
Activités	Processus, outils, événements, technologies ou actions faisant partie de l'intervention.
Produits	Produits directs des activités.
Résultats	Changements spécifiques prévus concernant le comportement, les connaissances, les habiletés, le statut ou le niveau de fonctionnement des participants à l'intervention.
Effets	Effet attendu dans les mois et années après la mise en place de l'intervention.

3.7 Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche du CHUS (anciennement le Centre de recherche Étienne-Lebel) (annexe 10), le 5 décembre 2013. Chacun des participants à l'étude s'est vu remettre un formulaire de consentement et expliquer la teneur de l'étude ainsi que de sa participation potentielle (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Institut de recherche en santé du Canada, 2010). Avant tout

engagement de leur part, les participants ont eu l'occasion et le temps de lire ledit formulaire et de poser des questions à la doctorante. Le formulaire de consentement a ensuite été signé de façon libre, informée et éclairée par chacun des participants (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Les formulaires de consentement sont disponibles aux annexes 11 (survivantes de cancer du sein) et 12 (experts du terrain). Tout au long de l'étude, les données ont été conservées de façon appropriée, dans un endroit sécuritaire, sous clés. Les données ont été anonymisées, grâce à un code alphanumérique, afin de respecter la confidentialité des informations personnelles des participants. Ce code a été utilisé du moment de la collecte des données jusqu'à la présentation et la diffusion des résultats.

4. RESULTATS

Le chapitre 4 présente les résultats en cinq grandes sections. Les deux premières sections correspondent aux objectifs 1 et 2 de l'étude. La troisième section rapporte les résultats de la comparaison et l'intégration des résultats de objectifs 1 et 2 pour en arriver à une proposition d'intervention. Les quatrième et cinquième sections présentent les résultats de l'objectif 3 et la modélisation de l'intervention sous forme d'un modèle logique.

4.1 Objectif 1 : Identifier les facteurs et décrire les interrelations qui auront une influence sur le processus de réappropriation du travail à la suite d'un cancer du sein

Pour répondre à l'objectif 1, des survivantes ont été rencontrées dans le cadre d'entrevues semi-dirigées. Une analyse de contenu des entrevues a ensuite été réalisée. Les résultats de l'objectif 1 sont présentés sous forme d'un article (article 1) et de résultats complémentaires.

Article 1

Avant-propos

Perceptions of breast cancer survivors on the supporting practices of their supervisors in the return-to-work process: a qualitative descriptive study

Le premier article, intitulé *Perceptions of breast cancer survivors on the supporting practices of their supervisors in the return-to-work process: a qualitative descriptive study*, est rédigé en anglais. Il présente une portion des résultats en lien avec l'objectif 1 de l'étude.

Auteure principale de l'article

Caron, Maryse, Bac., M.Sc., Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université de Sherbrooke, Québec.

Coauteures

Durand, Marie-José, Ph.D., erg., Professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université de Sherbrooke, Québec

Tremblay, Dominique, Ph.D., Sc. Inf., Professeure adjointe, École des Sciences Infirmières, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université de Sherbrooke, Québec.

Statut de l'article

Cet article a été publié dans le *Journal of Occupational Rehabilitation*. La référence complète de l'article est la suivante:

Caron M, Durand MJ, Tremblay D (2018) Perception of Breast Cancer Survivors on the supporting Practices of Their Supervisors in the Return-to-work process : A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 28(1) : 89-96.

Autorisation de reproduction obtenue de *Springer Nature*.

La doctorante, première auteure de l'article, a mené l'étude de terrain. Les deux coauteurs, directrices de thèse, ont supervisé l'ensemble des travaux de recherche et de rédaction. La doctorante a rédigé la première version de l'article alors que les coauteurs ont apporté leurs commentaires critiques et conseils afin de la guider.

Les outils utilisés au cours de la recherche, le certificat d'approbation éthique et les formulaires de consentement sont disponibles aux annexes 1, 2, 3, 4, 5, 10 et 11 de la thèse.

Article publié : Perceptions de survivantes du cancer du sein quant aux pratiques de soutien mises en place par leur supérieur immédiat pendant leur processus de réappropriation du travail : une étude qualitative descriptive

Résumé

Objectif : Le supérieur immédiat est reconnu comme un acteur clé dans le processus de réappropriation du travail d'un travailleur à la suite d'une absence prolongée. Par contre, jusqu'à maintenant, les perceptions des survivantes du cancer du sein quant aux pratiques mises en place par leur supérieur immédiat pour les soutenir sont encore très peu documentées. L'objectif de cette étude était de décrire les perceptions de survivantes du cancer du sein quant aux pratiques de soutien mises en place par leur supérieur immédiat, pendant leur processus de réappropriation du travail. **Méthode :** Des entrevues semi-dirigées ont été menées auprès de survivantes du cancer du sein (n=10) qui avaient effectué un retour au travail après la fin de leurs traitements actifs contre le cancer et qui s'y maintenaient toujours, plus de 18 mois plus tard. Les entrevues ont toutes été enregistrées et transcrites sous forme de verbatim. Une analyse qualitative thématique de contenu a ensuite été menée à l'aide d'une grille de codage semi-ouverte. **Résultats :** Les participantes ont identifié trois principales pratiques mises en place par leur supérieur immédiat et qu'elles percevaient comme aidantes au cours du processus de réappropriation du travail : 1) avoir maintenu une communication avec elles pendant la phase d'absence, 2) avoir élaboré un plan de retour au travail avec elles, et ce, avant leur retour et 3) avoir permis une certaine flexibilité d'horaire au tout début de la phase de retour au travail. Les survivantes ont aussi identifié une pratique déficiente : la baisse du soutien dans la phase de maintien au travail. **Conclusion :** Les résultats de cette étude permettront d'établir les bases pour le développement éventuel de services de soutien pour les survivantes du cancer du sein en processus de réappropriation du travail.

Mots clés : cancer du sein, survivantes, retour au travail, milieu de travail

Perceptions of breast cancer survivors on the supporting practices of their supervisors in the return-to-work process: a qualitative descriptive study

Abstract

Purpose: Supervisors are known to be key actors in ensuring the success of absent employees in their return-to-work process. However, to date, little is known about the perceptions of breast cancer survivors on the practices put in place by their supervisors to support them during this process. The objective of this study was to describe the perceptions of breast cancer survivors on the practices put in place by their supervisors to support them during their return-to-work process. **Method:** A qualitative descriptive study was conducted. Semi-structured interviews were carried out with breast cancer survivors (n=10) who had returned to work after treatment and were still at work more than 18 months later. Each interview was audio recorded and then transcribed verbatim for qualitative thematic content analysis using a semi-open codification framework. **Results:** Participants identified three main practices put in place by their supervisors to support them and which they perceived as particularly helpful during the return-to-work process: 1) maintaining communication during their period of absence, 2) working with them to structure their return-to-work process before their actual return, and 3) allowing them flexibility in their schedule for a certain period, particularly at the beginning of the return-to-work process. Breast cancer survivors also identified an omission in the practice of employers: lack of follow-up over time. **Conclusion:** Knowledge about the practices perceived as helpful by breast cancer survivors during their return-to-work process lays the groundwork for the eventual development of services to help breast cancer survivors in their return to work.

Keywords: breast neoplasms, survivors, return to work, workplace

Background

Breast cancer is the most diagnosed cancer for women in Quebec, with about 17 new diagnoses each day [1]. With advances in cancer prevention, detection, and treatment, these women can now expect to live many years after their diagnosis [2]. Since the IOM (Institute of Medicine) seminal report, survivorship is seen as a distinct phase of the cancer continuum [3]. Although there are still many different definitions of the term “cancer survivor,” Hebdon et al (2015) recently proposed that a cancer survivor is someone who is living with a history of malignancy, has lived through the experience of cancer treatment, has been impacted in positive and negative ways by the experience, and is now in the follow-up phase of treatment [4].

One common challenge faced by cancer survivors, whatever the tumoral bed, is returning to work [5]. With about 44% of diagnosed women under 60 years old [1], and therefore of working age, it is expected that the number of breast cancer survivors who resume work following treatment will continue to increase in the coming years.

Return to work may be seen as a single event or as a process. Nevertheless, a growing number of studies observe that resuming work after cancer should be seen as a process that includes the absence period, the return-to-work period, and the stay-at-work period [6-8]. Factors that can influence the return-to-work process have also been studied these last years [9, 10]. In 2010, Feuerstein et al. proposed a model presenting individual, institutional, and societal factors known as potentially influencing the return-to-work process after cancer [11]. Feuerstein’s model divides these factors between seven categories: survivor’s characteristics, health and wellbeing, symptoms, function, work demands, work environment, and policies, procedures and economic factors. In 2012, Wells et al. (2012) also proposed a model presenting different factors influencing the return-to-work process after cancer [12]. In that case, the factors are more related to the individual’s overall experience of cancer, and its impact on work. Wells’ conceptual model has been developed to show the complexity of the relation between the individual and work. It is proposed that the relation is based on four elements: self-identity, meaning and significance of work, family and financial context, and

work environment, relationship and performance. To make it specific to cancer survivors, authors also added elements potentially influenced by the cancer experience at the base of the model.

Work-related factors known as influencing the return-to-work process following cancer treatment often involve the supervisor [9-11]. Reviews of best work-absence management and return-to-work practices after long-term sick leave concur on the key role of the supervisor in ensuring the success of the absent employee's return [13-15]. Specifically, in the context of return to work after cancer, one study notes that the support of supervisors may be a factor in enhancing cancer survivors' perceptions of their own ability to cope at work [16]. Although the supervisor's support is an important aspect for a positive outcome in the breast cancer survivor's return-to-work process [17], to date, little is known about the perceptions of breast cancer survivors on their supervisor's support practices during their return-to-work process. Since the supporting practices are first put in place to help cancer survivors in their return-to-work process, it seems an important issue to have input on their perceptions of these practices. The objective of this study was therefore to describe the perceptions of breast cancer survivors on the practices put in place by their supervisors to support them during their return-to-work process.

Methods

Ethics Statement

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) in Sherbrooke, Quebec, Canada, on December 5, 2013. All participants provided written informed consent.

Study design

This study was part of a broader study aimed at identifying the factors influencing the return-to-work process of breast cancer survivors. A qualitative descriptive design was used to carry out an in-depth exploration of how breast cancer survivors perceived their supervisor's supporting practices during their return-to-work process [18].

Participants

We recruited a purposive sample from a list of survivors who used a shelter service offered to cancer patients living outside of the city of Sherbrooke boundaries, during their treatment. To our knowledge, the only difference between these survivors and the other survivors that were treated in the same hospital but who did not use this shelter service was the city where they lived in during their treatment; thus, this should not have influenced the sample in any way. The inclusion criteria were as follows: women who 1) had a past diagnosis of breast cancer, 2) were not currently undergoing cancer therapy (other than hormone therapy), 3) were between 18 and 60 years of age at the time of diagnosis, 4) were working at the time of diagnosis, 5) had returned to work at least 18 months prior to the interview, 6) had resumed at least 50% of their previous tasks for at least 12 months at the time of the interview. Excluded were self-employed women since a Canadian study suggested that these women might have their own set of challenges (ex. not being eligible for government's employment insurance) [19].

Data collection and analysis

Data were collected mainly from semi-structured interviews with breast cancer survivors (n=10). An interview guide was prepared on the basis of the research question and literature. A systematic approach was used to develop the guide: 1) establishing a first list of themes that should be addressed, 2) making thematic groupings, 3) making internal structuring of themes, 4) deepening the description of themes, and 5) elaborating series of questions for each theme [20]. The interview guide was pilot tested by a member of the research team. The semi-structured interviews were developed to document three phases of the return-to-work process after breast cancer treatment: the absence phase, the return-to-work phase, and the stay-at-work phase [6-8].

Before the start of the face-to-face individual interview, the interviewer explained to each participant the purpose of the study and that the information was to be handled confidentially. After the participant signed the informed consent, the interview commenced. At various points during the interview, the interviewer summarized what had been said so that the participants could indicate if something had been misunderstood or missing. All

interviews were carried out by the first author. At the end of the interview, participants were asked to complete a questionnaire to assess their personal, disease-related, and work-related characteristics.

Each interview was audio recorded and then transcribed verbatim for the analysis. The transcripts were coded using QDA Miner (Provalis Research, Montreal, Canada, 2012), a qualitative data analysis software package. After each interview, the transcript was read to become familiar with the content [20]. The transcripts were then coded using a semi-open analysis grid based on a combination of themes in Feuerstein's [11] and Wells' models [12]. Regularly during the data collection period, thematic codification was performed [20]. After the content analysis of each interview was performed, matrices were constructed to proceed to intra-case and inter-case analysis [20]. To improve inter-coder reliability, another research team member (MJD) coded the first two interviews independently. The results were then discussed, and when results were divergent, decisions were made by consensus.

After analysis was completed, a summary of the results was presented to three of the participants. For these validation interviews, the participants were selected for different reasons based on criteria sampling [20] – the first because she reported experiencing a lot of fatigue during return to work, the second because she seemed to lack support from her supervisor, and the third because she was the youngest participant.

Results

Participants

Ten breast cancer survivors participated in the interviews. A total of 10 interviews were conducted. Table 1 presents the characteristics of the participants. All of the participants received a breast cancer diagnosis between the ages of 26 and 57. Seven of the participants reported having been diagnosed with local cancer, and all had undergone at least radiotherapy. Six of the ten were still on hormone therapy at the time of the initial interviews.

The interviews took place between 42 and 129 months (median of 83 months) after the participants' diagnoses, and between 33 and 117 months (median of 73.5 months) after the participants' return to work. Most of the participants had resumed the same position as prior to the diagnosis. The absence period lasted between 3 and 16 months (median of 9.5 months). Most of the interviewed participants assessed that their work has low physical demands.

Table 1
Personal, disease-related, and work-related characteristics of the participants

Personal characteristics	n
Living with husband/partner	
- Yes	7
- No	3
In charge of at least one child	
- Yes	6
- No	4
Educational level	
- Secondary school	2
- College	3
- University	5
Disease-related characteristics	
Stage	
- Local	7
- Metastatic	3
Treatment	
- Chemotherapy	6
- Surgery	8
- Radiotherapy	10
- Hormone therapy	7
Comorbidity	
- Yes	6
- No	4
Work-related characteristics	
Work physical demands	
- High physical demands	1
- Moderated physical demands	1
- Low physical demands	8
Company type	
- Private	3
- Public	7
Company size	
- Small or medium-sized company (less than 100 employees)	4
- Large company (100 employees or more)	6
Belongs to a union	
- Yes	4
- No	6

Perceptions of supervisors' practices during the return-to-work process

Participants identified three main practices put in place by their supervisors to support them that they perceived as particularly helping during the return-to-work process. The first was maintaining communication during their period of absence. The second was working with them to structure the return-to-work process before the actual return. The third was being allowed flexibility in the work schedule for a certain period at the beginning of the return-to-work process. Participants also identified one omission in practice that might be perceived as a barrier: the lack of follow-up over time.

Maintaining communication with the worker during the absence period

Some participants mentioned that they had maintained communication with their supervisor during the absence period. In these cases, relationships between the worker and the supervisor prior to the absence were positive. One participant explained that it was her supervisor who called her during her absence.

“She [the supervisor] called me to get news and sometimes to talk about administrative stuff like insurance...” (10MAT)

For another participant, the fact that her supervisor had initiated communication seemed significant:

“... he [the supervisor] was the one who asked me [for news about her health] and I really appreciated it, really” (4MAT)

Another important aspect seemed to be maintaining a certain balance between the supervisor's interest toward the breast cancer survivor and respecting her private life. This balance seemed natural for the participants who reported having maintained communication with their supervisors:

“My supervisor wrote me from time to time, asked me for some news. Co-workers too, but not so much because I am not someone who likes to give a lot of information, but it was just enough to make me want to return [to work]” (4MAT)

In the last excerpt, the participant is relating her interest in returning to the workplace. It seems that communication with her supervisor helped her maintain her identity and vision of herself as a worker.

One of the participants who reported having maintained communication with a supervisor also mentioned that she had another supervisor, who she called her “little boss” and with whom she had no communication during her absence. In the excerpt below, she explains how this lack of communication was difficult for her, especially because they had good relations prior to her absence.

“My little boss [supervisor] – it upsets me – she never contacted me... we weren’t two peas in a pod, but I was surprised because we didn’t have a bad relationship...” (4MAT)

In another excerpt, she continues by saying that although she was hurt by this lack of communication, she decided there would be no consequences when she returned to work because she wanted to start afresh.

“I never talked with her about it, and there were some positive aspects... it can’t always be like in the best of worlds... when I returned to work, I told myself that I would start afresh even if some things were not so pleasant...” (4MAT)

Working with the survivors to structure the return-to-work process before the actual return

Some participants reported having prepared their return-to-work process with their supervisor or an employer representative before the actual return to work. In these cases, discussions about the return-to-work process took place by phone. These survivors were all

employed in companies of 500 employees or less. In one case, the workplace took the initiative to assign a resource person to prepare the return-to-work process. This person was from the company's human resources department. This communication, intended to structure the return-to-work process, also seemed to have a positive effect by providing what the survivors perceived as emotional support and making them feel that they were still part of a team.

“The human resource department called me, and we discussed how I would return to work, how many days... I knew human resources were happy to have me back; I knew I would be well received. That was helpful” (7MAT)

In other cases, participants took the initiative to approach their supervisor about their return to work before it actually occurred.

“... I called [the supervisor] and said – I am done now, I will return to work gradually next week; he [the supervisor] said ok...” (6MAT)

For the participants, the supervisor or the employer representative exchanged information with the participant to structure the return-to-work process. This information seemed to allow the survivors to have a better idea of the context of their return to work, which seemed to give them a sense of security.

“... it was comforting to know that I would have the possibility to make a gradual return to work... it eliminated the stress that came from the idea of returning to work because I would tell myself that the transition would be gentler ” (6MAT)

The last important aspect was that in discussions between supervisors and participants to prepare the return-to-work process, only flexible schedules were proposed as an adjustment.

Allowing flexibility in the survivor's work schedule for a certain period at the beginning of the return-to-work process

Participants who did not benefit from part-time work upon their return reported that authorization from their supervisor for a flexible work schedule at the beginning of the return-to-work process was helpful. A flexible schedule seemed to make for a gentler return to work.

"I did my own [gradual return]. I took my vacation days and used them on the first eight Fridays of my return to work" (4MAT)

There were two types of schedule flexibility cited by the participants. The first was the reduction of the number of working days from five to four per week for a certain period by using vacation days, as in the excerpt above. This kind of schedule flexibility seemed helpful in the return-to-work process even in cases where other factors, such as fatigue, which can be a barrier to the return-to-work process, were present.

"... you're tired of course... so return to work is hard at first. I was lucky that I had a lot of vacation days, so I was able to work four days a week... from September to December or so...." (1MAT)

The second form of schedule flexibility was the possibility for the participant to organize her schedule daily to fit her needs and capacities. In the excerpt below, the participant relates how this flexibility was discussed with her supervisor.

"... so he [the supervisor] told me – go at your own pace; he didn't have any knowledge about cancer either... So the first day, I went to work at 8 am and then, at about 2 pm, I told him – I think I have enough! So I followed my pace like this..." (6MAT)

One participant also mentioned that her supervisor took the initiative to prevent her co-workers from being overloaded because of her re-organized schedule.

“... he [the supervisor] kept the other employee who took my place during my absence... it was really not complicated; he [the supervisor] took clients on the basis of my schedule during these two weeks [when she had organized her own schedule to fit her needs], so it went well.” (6MAT)

Lack of follow-up over time

Participants reported a lack of follow-up over time.

“... returning to work, it doesn't only take a week, it takes a year, at least. One year. The supervisor should be concerned as the return-to-work process progresses, and why not your health care provider too? No one cares about it, no one.” (4MAT)

In this last excerpt, a sense of abandonment seems to emerge from the survivor's experience. One aspect that may explain this lack of follow-up over time could be the actors' lack of knowledge about survivorship.

“... everyone thinks that you are cured, but you are not necessarily cured, and I am always saying that during treatments, during your absence, you are like a soldier at war, you have your little gun and you are in the trenches, and you are trying to save yourself, you are full of adrenaline. And then, they say – ok, war is over, but you need to recover from the war and there is nothing left to help you. For return to work, for a lot of things; I said it ten years ago and nothing has changed” (4MAT)

Participants seemed to want the benefits of follow-up, in which the supervisor ensures smooth progress for the survivor during the return-to-work process.

“To ask, to check, to make adjustments over time, is it possible? Could we change from full-time, could we return with part-time? It wouldn't be a gradual return anymore, but it would be a return-to-work environment” (4MAT)

Table 2 summarizes the practices of the supervisor perceived as helpful or lacking by the participants.

Table 2
Practices of the supervisor perceived as helpful and lacking by participants

Practices perceived as helpful	Practices perceived as lacking
Maintaining communication during the absence period	Lack of communication during the absence period
Structuring the return-to-work process before the actual return	
Allowing flexibility in the working schedule	
	Lack of follow-up from the supervisor over time

Discussion

The objective of this study was to describe the perceptions of breast cancer survivors on the practices put in place by their supervisors to support them during their return-to-work process. From our results, it seems that participants perceived the following as helpful: 1) maintaining communication with their supervisor during the absence period, 2) structuring the return-to-work process with their supervisor before the actual return and 3) having some flexibility in the work schedule during a certain period at the beginning of the return-to-work process.

Many experts in absence and return-to-work management after a long absence (musculoskeletal injury, mental health problem, cancer) agree on the importance of maintaining communication between the workplace and the absent worker to facilitate the return to work [6, 13, 14, 21-23]. While few participants kept in touch with their supervisor during their absence period, our results suggest that maintaining this communication is important for the survivors. Our results also suggest that lack of communication can lead to disappointment and other negative feelings for the cancer survivor. This is in line with the results of previous studies in which breast cancer survivors were more likely to rate their supervisor as supportive if contact was maintained during the absence period [24], and in which those who had no communication with their supervisor during their absence felt disappointed [6]. McKay et al. (2013), in a study on the Australian experience of return to work after cancer, reported that for some supervisors, the line between support and invasion of privacy might be difficult to judge [25]. In our study, none of the participants reported

invasion of privacy by their supervisor, but they mentioned the importance of this balance. Adding information on the various ways to avoid crossing the line between support and invasion may be useful in the future training of supervisors. In another study, reporting on environmental and personal factors that support return to work after an illness results suggested that the employers' communicative skills might be an important factor, especially when cooperation between the employer and the employee is needed during the return-to-work process [26]. In our study, participants did not mention their employers' communicative skills. However, since our results suggest that maintaining communication between the workplace and the absent worker is important, it could be interesting to examine the potential impact of the employer's communicative skills in maintaining communication during the absence period.

Some participants reported that another helpful practice was being able to prepare their return-to-work process with their supervisor or an employer representative before their actual return. Preparing the return-to-work process is part of the best practices of absence and return-to-work management after musculoskeletal injury or mental health problems [13, 14]. In the context of cancer, organizing a return-to-work meeting with the employer is a factor related to the positive return of cancer survivors following treatment [27]. In our study, participants reported that preparing their return-to-work process by talking with their supervisor and making a plan before the actual return gave them the reassurance of knowing the context in which they would return and made them feel like they were still part of a team. This reassurance and the feeling of still be part of a team may provide a partial explanation of the reason why this practice is positively associated with a successful return to work. Our results are therefore in line with the recommendation for supervisor to prepare the return to work of breast cancer survivors. Best practices for return-to-work preparation are usually associated with conditions put in place on the basis of work disability, so parallels can be drawn with the context of return to work after breast cancer. Experts recommend developing a return-to-work plan with the participation of the supervisor but also with co-workers, the attending physician and, if required, other members of the medical team and the union representative [13]. Experts also suggest that the return-to-work plan must include accommodations that are flexible, creative, personalized, and based on the worker's

capacities and workplace challenges [13]. Although schedule flexibility may be required by the survivor, this accommodation alone may not ensure a successful return to work. Although our findings indicate that involving breast cancer survivors in preparing their return to work is a helpful practice by supervisors, involving other stakeholders in the return-to-work plan and expanding the range of possible accommodations are two further recommendations to enhance this practice.

Our results suggest that the practice of supervisors offering a flexible schedule was also perceived as helpful by participants, particularly when a gradual return to work was not prescribed by the insurer. In a pilot study with focus groups, Nachreiner et al. (2007) found that job flexibility, which included schedule flexibility, helped cancer survivors to cope with fatigue [28]. Since half of our participants reported experiencing fatigue, this may explain in part why schedule flexibility was perceived as particularly helpful. However, as mentioned above, other accommodations may be required depending on the cancer survivor's needs. These current findings suggest that schedule flexibility can be an accommodation to consider while developing a return-to-work plan. However, it must be kept in mind that accommodations must be based on the worker's capacities and workplace challenges; therefore, schedule flexibility is only part of a range of possible accommodations. Other accommodations may include a self-paced workload, working from home to combat fatigue, and allowing more breaks to improve concentration [14]. Another important aspect is that when schedule flexibility is allowed, breast cancer survivors and supervisors alike must be fully aware of the possible long term impact of this choice.

Participants reported that lack of follow-up over time can lead to a feeling of abandonment. This reduction of support was also noted by Yarker et al. (2010), who named it the "wear-off effect" of empathy and support [6]. To avoid this "wear-off effect," it is recommended to continue support and communication measures even as work performance improves [6, 25]. In their review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders, Durand et al. (2014) recommended that at the beginning of the return-to-work period, supervisors should have daily contact with the return-to-work worker to monitor their needs in terms of work

accommodations, and plan meetings with the worker on a regular basis at first to provide feedback on their progression [13]. These recommendations could be applied in the context of breast cancer survivors returning to work since a lack of follow-up in the workplace over time seems to be a recurrent problem for cancer survivors [6].

Limitations of the current study

Some limitations should be considered when interpreting our results. First, with ten participants, data saturation was not achieved. Also, most of the participants had rated that their work has low physical demands. Since job demands are a factor known to impact the experience of returning to work after cancer [11], this might have influenced our results by affecting transferability when the work demands are more physical [29]. Second, the interviews took place many years after the participants' diagnoses and return to work. As such, recall bias may have been a limitation. Third, all participants lived in the province of Quebec, Canada. Thus, transferability of the results may be difficult since legislation and the role of supervisors in the return-to-work process may differ from one region to another [30]. However, to control for other limitations associated with qualitative research, an iterative approach was used throughout data collection and analysis to ensure adaptation of the research design if needed [29]. The team member who conducted the interviews also kept a reflective journal to ensure objectivity and a more accurate analysis of the data [29]. Finally, we used a theoretical framework, and results of the first round of analysis were shown to some of the participants to ensure credibility [29].

Conclusion

To our knowledge, this study is one of the first to describe the perceptions of breast cancer survivors on the practices put in place by their supervisors to support them during their return-to-work process. The results suggest that maintaining communication between the supervisor and the breast cancer survivor, preparing the return-to-work process before the actual return, and allowing flexibility in the work schedule are successful practices of the

supervisor to foster the permanent return to work of breast cancer survivors. However, it is still unclear if these practices are common in the workplace.

The return-to-work process after breast cancer is a complex phenomenon. Knowledge about the practices of supervisors perceived as facilitating by breast cancer survivors returning to work lays the groundwork for eventually developing services to help breast cancer survivors in the return-to-work process.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Informed consent: All procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000 (5). Informed consent was obtained from all patients to be included in the study.

References

1. Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics. Canadian Cancer Statistics. Toronto, ON : Canadian Cancer Society; 2015
2. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer Statistics, 2010. *CA Cancer J Clin* 2010; doi : 10.3322/caac.20073
3. Jefford M, Rowland J, Grunfeld E, Richards M, Maher J, Glaser A. Implementing improved post-treatment care for cancer survivors in England, with reflections from Australia, Canada and the USA. *Br J Cancer* 2013; doi : 10.1038/bjc.2012.554
4. Hebdon M, Foli K, McComb S. Survivor in the cancer context : a concept analysis. *J Adv Nurs* 2015; doi : 10.1111/jan.12646
5. Canadian Cancer Society. Life after cancer. Toronto, ON : Canadian Cancer Society; 2008
6. Yarker J, Munir F, Bains M, Kalawsky K, Haslam C. The role of communication and support in return to work following cancer-related absence. *Psychooncology* 2010; doi : 10.1002/pon.1662
7. Short PF, Vasey JJ, Tunceli K. Employment Pathways in a Large Cohort of Adult Cancer Survivors. *Cancer* 2005; 103(6):1292-1301
8. Tjulin A, MacEachen E, Ekberg K. Exploring Workplace Actors Experiences of the Social Organization of Return-to-Work. *J Occup Rehabil* 2010; 20:311-321
9. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Cr Rev Oncol Hemat* 2011; doi : 10.1016/j.critrevonc.2010.01.004
10. Spelten E R, Sprangers M, Verbeek J. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology* 2002; 11:124-131
11. Feuerstein M, Todd BL, Moskowitz MC, Bruns GL, Stoler MR, Nassif T, Yu X. Work in cancer survivors : a model for practice and research. *J Cancer Surviv* 2010; doi : 10.1007/s11764-010-0154-6
12. Wells M, Williams B, Firnigl D, Lang H, Coyle J, Kroll T, MacGillivray S. Supporting work-related goals rather than return to work after cancer? A systematic review and meta-synthesis of 25 qualitatives studies. *Psychooncology* 2012; doi : 10.1002/pon.3148
13. Durand MJ, Corbière M, Coutu MF, Reinharz D, Albert V. A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work* 2014; doi : 10.3233/WOR-141914
14. Pomaki G, Franche R, Khushrushahi N, Murray E, Lampinen T, Mah P. Best practices for return-to-work/stay-at-work interventions for workers with mental health conditions. Vancouver (BC) : Occupational Health and Safety Agency of Healthcare in BC; 2010

15. Boot CRL, Hogg-Johnson S, Bültmann U, Amick III BC, van der Beek AJ. Difference in predictors for return to work following musculoskeletal injury between workers with and without somatic comorbidities. *Int Arch Occup Environ Health* 2014; doi : 10.1007/s00420-014-0928-7
16. Taskila T, Lindbohm ML. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncol* 2007; 43(5):914-920.
17. Amir Z, Neary D, Luker K. Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis : A UK perspective. *Eur J Oncol Nurs* 2008; doi : 10.1016/j.ejon.2008.01.006
18. Sandelowski M. Whatever Happened to Qualitative Description? *Res Nurs Health* 2000; 23:334-340.
19. Dunbrack J. Breast Cancer: Economic Impact and Labour Force Re-Entry. Ottawa (Canada) : Breast Cancer Network; 2010
20. Miles MB, Huberman AM, Saldana J. Qualitative data analysis : A methods sourcebook. 3th est. Thousand Oaks : Sage Publications; 2014
21. NICE. Managing long term sickness absence and incapacity of work. London(UK) : National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009
22. Aas RW, Ellingsen K, Lindoe P, Möller A. Leadership Qualities in the Return to Work Process: A Content Analysis. *J Occup Rehabil* 2008; 18:335-346
23. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-Based Return-to-Work Interventions : A Systematic Review of the Quantitative Literature. *J Occup Rehabil* 2005; 15(4):607-631
24. Nilsson MI, Petersson LM, Wennman-Larsen A, Olsson M, Vaez M, Alexanderson K. Adjustment and social support at work early after breast cancer surgery and its associations with sickness absence. *Psychooncology* 2013; doi : 10.1002/pon.3341
25. McKay G, Knott V, Delfabbro P. Return to work and cancer : the Australian experience. *J Occup Rehabil* 2013; doi : 10.1007/s10926-012-9386-9
26. Hoefsmit N, Houkes I Nijhuis F. Environmental and personal factors that support early return-to-work: A qualitative study using the ICF as a framework. *Work* 2014; doi : 10.3233/WOR-131657
27. Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work : symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil* 2007; 17:83-92
28. Nachreiner NM, Dagher RK, McGovern PM, Baker BA, Alexander BH, Gerberich SG. Successful Return to Work for Cancer Survivors. *AAOHN Journal* 2007; 55(7):290-295
29. Laperrière A. Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, editors. *La recherche*

qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques Montréal : Gaëtan Morin éditeur; 1997. pp. 365-389

30. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Bos MEM, Fons G, Kitzen JJEM, Plaisier PW, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW. A hospital-based work support intervention to enhance the return to work of cancer patients : a process evaluation. J Occup rehabil 2012; doi : 10.1007/s10926-012-9372-2

4.1.1 Résultats complémentaires de l'objectif 1

L'objectif 1 consistait à identifier les facteurs et décrire les interrelations qui auront une influence sur le processus de réappropriation du travail à la suite d'un cancer du sein, selon la perspective de survivantes. L'article 1 rapporte une portion des résultats en lien avec cet objectif et focalise sur la perception des survivantes quant aux pratiques de soutien mises en place par leur supérieur pendant leur processus de réappropriation du travail.

Quatre autres aspects ont émergé de la condensation des données de l'objectif 1. Ainsi, la suite de cette section présente les quatre éléments suivants : le processus de réappropriation du travail et les conséquences du cancer et des traitements (4.1.1.1), le processus de réappropriation du travail et les interactions avec les collègues (4.1.1.2), la prise de décision relative au moment de retourner au travail et la perspective des participantes (4.1.1.3) et le processus de réappropriation du travail et le soutien d'une paire survivante du cancer du sein (4.1.1.4).

4.1.1.1 Le processus de réappropriation du travail et les conséquences du cancer et des traitements

Des participantes mentionnent qu'un des défis rencontrés lors des phases de RAT et de MAT est la présence de certaines conséquences du cancer et des traitements, par exemple, la fatigue. Cette dernière est d'ailleurs souvent perçue comme intense, et ce, même des années après la fin des traitements. Elle semble influencer non seulement le processus de réappropriation du travail, mais aussi les autres activités de la vie quotidienne.

« Le cœur me fait mal, je suis fatiguée tellement, que j'ai l'impression que le cœur me fait mal. Donc je vais me coucher, des fois, même le matin, avant d'aller travailler, je déjeune, je fais mes petites affaires, je m'en vais me coucher un 5-10 minutes, puis je me relève et je vais au travail. Je fais ça depuis le début... »
(IMAT – 2ans et demi après la fin des traitements)

Les participantes suggèrent que cette fatigue, conjuguée à d'autres conséquences liées au cancer ou à ses traitements, puisse être incapacitante, particulièrement lors de la phase de RAT.

« ... Ce qui est difficile quand tu reviens au travail c'est que tu es vraiment fatiguée et que tu as vraiment moins de concentration... Donc tu prends un peu plus de temps qu'avant pour faire les mêmes tâches qu'avant [le cancer], et tu fais un peu plus d'erreurs. Quand je suis revenue, j'ai fait des erreurs et une de mes collègues, elle n'aimait vraiment pas ça... Une fois elle m'a même dit – t'étais supposée être une vedette, franchement tu n'es pas une vedette! Je me souviens de m'être faite dire ça, j'étais hors de moi. Donc le retour au travail n'a pas vraiment bien été... » (8MAT)

« ... j'ai senti de la part de ma supérieure immédiate, qu'il fallait que je me mette dans les dossiers plus rapidement, que je sois plus impliquée, plus allumée... au bout de 3 semaines, un mois, j'étais pas revenue comme avant, puis ils [la supérieure et les collègues] trouvaient ça bizarre que je sois pas revenue comme avant... elle [la supérieure] me disait que j'étais supposée être revenue à 100 % de mon travail, le 100 % comme avant, donc ça s'est pas bien passé le retour... moi je me suis tout le temps sentie jugée, que j'étais pas assez... » (7MAT)

Lors de la phase de MAT, les conséquences liées au cancer et à ses traitements semblent mener quelques survivantes à faire des choix qui limitent leurs possibilités d'avancement professionnel.

« On dirait que j'ai pu la même énergie, d'ailleurs je l'ai jamais retrouvée, la même énergie... puis l'année passée, ils ont ouvert les postes... je n'ai pas réappliqué sur les postes. » (7MAT)

De plus, pour certaines survivantes, ces conséquences semblent favoriser un jugement négatif quant à leurs capacités à exécuter les tâches demandées par leur travail. Ce

jugement négatif peut être lié à une baisse du SEPT. Cette diminution paraît d'ailleurs être une raison expliquant le choix de renoncer à des opportunités d'avancement pour certaines survivantes.

« ... parce que je me dis, si j'applique à quelque part, puis je me sens fatiguée, puis j'ai comme pas l'énergie à consacrer [au nouveau poste] ... Puis on dirait que la mémoire, j'en arrache un petit peu, donc je n'ai pas le goût d'aller me planter... » (1MAT)

Des participantes suggèrent qu'elles auraient eu besoin d'être mieux outillées pour la gestion des conséquences du cancer et des traitements en contexte de réappropriation du travail, et ce, avant même que la phase de RAT soit amorcée :

« ... Oui faut en parler [de la fatigue], mais faudrait surtout donner des stratégies, parce que ça ne donne rien de dire à quelqu'un tu vas être fatiguée [lors du retour au travail], elle va le voir, mais lui dire – bon, tu vas être fatiguée, comment tu prévois ton retour au travail? Et comment tu penses prendre soin de cette fatigue-là? Va te coucher sur l'heure du midi, des niaiseries de même. » (8MAT)

« Parce que la médecin, on dirait qu'elle veut pas que je dise ça [que je suis fatiguée] ... elle [la médecin] dit – va faire de l'exercice. Je suis pas capable! Qu'est-ce que je fais? Moi, je suis une fille qui en faisait du gym avant, mais là, oublie ça! » (1MAT – 2ans et demi après la fin des traitements)

Ainsi, les résultats proposent que la présence de conséquences du cancer et des traitements dans les phases d'absence, de RAT ou de MAT peut mener à un jugement négatif des survivantes quant à leurs capacités au travail et ainsi influencer négativement le SEPT. Une baisse du SEPT semble nuire à une expérience positive des phases de RAT et de MAT. De plus, les résultats suggèrent que la présence de conséquences du cancer et des traitements, lorsqu'en interrelation avec une perception de manquer d'outils pour la gestion de ces

conséquences, nuit à une gestion efficace de ces derniers. Or, une perception d'une mauvaise gestion des conséquences peut aussi mener à une baisse du SEPT et indirectement, nuire à l'expérience positive des phases de RAT et de MAT.

4.1.1.2 Le processus de réappropriation du travail et les interactions avec les collègues

Les résultats suggèrent que les collègues puissent être perçus par les survivantes comme pouvant avoir une influence sur leur processus de réappropriation du travail. Tout d'abord, des participantes rapportent que le maintien des relations avec des collègues pendant la phase d'absence a pu faciliter leur processus de réappropriation du travail. D'autres participantes mentionnent avoir reçu ce qu'elles ont perçu comme du soutien de la part de collègues pendant les phases d'absence et de RAT. Cette perception de soutien a aussi été rapportée comme facilitante pour le processus de réappropriation du travail. Cependant, quelques survivantes semblent aussi avoir perçu négativement certaines interactions avec leurs collègues lorsque ces derniers essayaient de trop en faire pour aider pendant la phase de RAT. Les paragraphes qui suivent présentent avec plus de détails les résultats associés au processus de réappropriation du travail et aux interactions avec les collègues.

La phase d'absence et le maintien des relations avec des collègues

Lorsque les participantes rapportent de bonnes relations avec les collègues avant le diagnostic et l'absence du travail, elles suggèrent que de les avoir maintenues pendant la phase d'absence les avait aidées. Les relations étaient alors maintenues avec des collègues qui étaient au courant du diagnostic et ont semblé prendre différentes formes : courriels, appels téléphoniques, visites dans le milieu de travail, sorties ou encore une combinaison de plusieurs de ces formes.

« ... j'envoyais des petits emails, puis un moment donné, j'ai été faire des tours aussi au bureau de temps en temps... » (IMAT)

Le maintien des relations entre les survivantes et certains collègues semblent avoir été un moyen pour elles de rester informées des événements qui se déroulaient dans leur milieu de travail et, dans une certaine mesure, de maintenir leur rôle de travailleuse en sentant qu'elles faisaient encore partie du milieu de travail. À titre de rappel, dans cette thèse, le maintien du rôle de travailleur durant l'absence revient à garder ce rôle intégré à l'ensemble des rôles que la personne assume dans sa vie (parent, sœur, citoyen, etc.), malgré l'absence de réalisation des comportements qui y sont associés. Le rôle de travailleuse s'inscrit dans la catégorie « rôles sociaux » du modèle conceptuel intégrateur présenté au chapitre deux de cette thèse.

« ... c'est [la collègue] qui me donnait de l'information quand je lui en demandais, - puis, il y a du nouveau? Comment ça va les stages? La remplaçante est-elle arrivée? » (4MAT)

... ça me faisait du bien aussi, de voir qu'est-ce qui se passait [dans le milieu de travail] puis de pas trop perdre le contact, j'aimais ça... mon milieu de travail, c'est une place où moi je me sens bien... donc quand j'y allais, c'était positif. (3MAT)

Par contre, l'altération de l'apparence physique semble avoir été un frein au maintien de certaines relations avec les collègues.

« ... s'il y avait des soupers au resto pour fêter quelqu'un, j'essayais d'y aller... on est allé manger ensemble une couple de fois. Mais quand j'ai perdu mes cheveux, j'ai arrêté d'y aller. » (7MAT)

Ainsi, le maintien des relations avec les collègues paraît susceptible de participer au maintien du rôle de travailleuse des participantes. Toutefois, il semble aussi important que les relations antérieures avec les collègues aient été positives pour que ce maintien soit bénéfique. Finalement, les modifications dans l'apparence physique chez certaines

survivantes sont rapportées comme pouvant devenir un obstacle au maintien des relations sous forme de rencontre.

Le processus de réappropriation du travail et le soutien par les collègues

Certaines participantes percevaient des paroles, des actions et attitudes de la part de leurs collègues comme du soutien pendant les phases d'absence et de RAT. Ce soutien perçu paraît avoir été un levier pour ces deux phases du processus de réappropriation du travail.

« ... les gens [les collègues] m'ont envoyé des fleurs pendant mon traitement, ce n'est pas nécessairement des gestes concrets, mais c'est dans la façon de parler des fois, il y a des choses qui se sentent, quand les gens sont sincères aussi, c'est plus dans le non-verbal. » (3MAT)

Pendant la phase de RAT, des participantes mentionnent aussi avoir pu demander de l'aide à certains collègues pour certaines tâches. Néanmoins, une participante rapporte que ses collègues essayaient d'en faire trop, d'aller au-devant de ses demandes, ce qui l'agaçait. Cet agacement se traduit peut-être par le fait qu'en voulant en faire trop, les collègues lui renvoient, dans une certaine mesure, une image négative de son rôle de travailleuse.

« ... des fois sont [fatiguants] ... – ben non fait pas ça... – Ah regarde là! Je peux bouger! Ce qui me fait suer en bon français, c'est que le monde te prend en pitié, parce que t'as été malade... Ben non, fais pas ça... tu vas te faire mal... assis-toi, ça fait longtemps que tu es debout, c'est correct, je vais le faire. Regarde, je peux-tu "jauger" moi! » (2MAT)

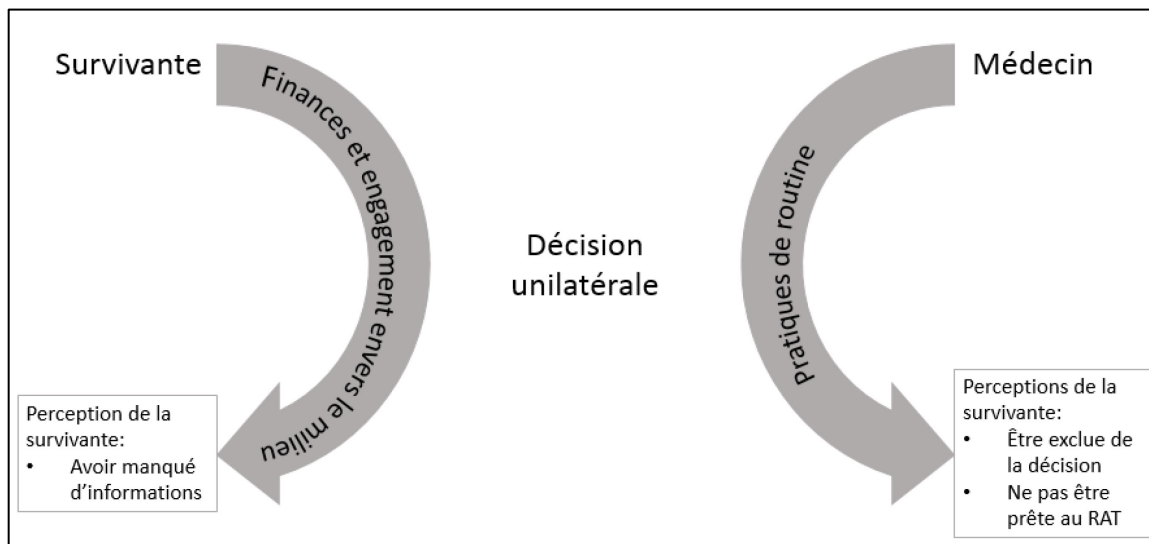
En joignant les résultats concernant les relations avec les collègues et leur soutien aux résultats de l'article 1, il semble se dégager que le soutien des collègues et de l'employeur puisse être important tout au long du processus de réappropriation du travail. Ainsi, selon ces résultats, le maintien des relations avec l'employeur et les collègues pendant l'absence participe à maintenir le rôle de travailleuse de la survivante. Le maintien du rôle de

travailleuse favorise l'expérience positive des phases de RAT et de MAT par la suite. Toutefois, cette proposition est ancrée dans un contexte où les relations antérieures à l'absence étaient bonnes et que le maintien de ces relations est désiré par la survivante. Ensuite, il semble que l'élaboration d'un plan de RAT avec l'employeur peut influencer positivement le SEPT de la survivante face à son retour au travail en la rassurant sur le contexte dans lequel sa reprise du travail se tiendra. Puis, les résultats suggèrent que l'aide des collègues peut favoriser ou nuire à une expérience positive des phases de RAT et de MAT. En effet, lorsque l'aide est souhaitée par la survivante, l'expérience positive du processus de réappropriation du travail semble favorisée. Or, si l'aide n'est pas souhaitée, les résultats proposent que le rôle de travailleuse peut en être influencé négativement, ce qui nuit à une expérience positive des phases de RAT et MAT. Enfin, il semble que la baisse du soutien de la part des collègues et le manque de suivi de la part de l'employeur peuvent entraîner un sentiment d'abandon chez la survivante en phase de MAT, ce qui nuit à une expérience positive de cette phase.

4.1.1.3 La prise de décision relative au moment de retourner au travail et la perspective des survivantes

Un autre thème émergeant est la décision relative au moment du retour au travail. Cette décision semble perçue par les participantes comme unilatérale (Figure 6). Lorsqu'elle est prise par la survivante, les résultats suggèrent qu'elle est fondée sur des enjeux financiers ou un engagement envers le milieu de travail. Lorsque la décision unilatérale est prise par le médecin, elle paraît davantage fondée sur des pratiques de routine. Quelle que soit la personne qui prend la décision ou les motifs qui l'animent, la prise de décision unilatérale semble associée à des perceptions peu positives de la part des survivantes. En effet, ces dernières rapportent soit avoir manqué d'informations ou s'être senties exclues ou non prêtes à retourner au travail.

Figure 6
Prise de décision unilatérale relative au moment du retour au travail



Différents motifs sont rapportés par les survivantes lorsqu'elles initient la décision de retourner au travail. Un premier motif est de nature financière.

« ... j'avais hâte d'avoir de l'argent parce que c'est 4-5 mois l'assurance maladie, moi comme je te dis, j'ai élevé mon enfant toute seule, ça prenait des sous, donc c'était comme la normale des choses, faut travailler. » (6MAT)

Un second motif rapporté par certaines survivantes pour fonder leur décision paraît lié à une forme d'engagement envers le milieu de travail. En effet, certaines participantes semblent expliquer leur décision par le fait qu'elles aient perçu que leur milieu de travail pourrait avoir besoin d'elles compte tenu de la période de l'année :

« ... je savais qu'à la clinique [milieu de travail], au mois de mai, c'est un gros temps. Donc j'ai décidé d'entrer pour les dépanner, je savais qu'ils avaient besoin de quelqu'un [de] plus aussi, donc ça a aidé à ce que je retourne. » (3MAT)

« Qu'est-ce qui m'a fait décider de revenir? En fait, c'est parce il y avait un cours qui recommençait, puis c'était mon cours à moi ça... » (8MAT)

Par ailleurs, lorsque les survivantes pensent retourner au travail, les résultats suggèrent qu'elles n'en discutent pas nécessairement avec leur professionnel de la santé. Elles rapportent que ces derniers n'ont pas ou rarement abordé spontanément le sujet de la reprise du travail après un cancer du sein. Certaines survivantes rapportent ainsi avoir eu la perception de manquer d'informations et avoir été surprises des défis rencontrés lors des phases de RAT et de MAT :

« J'étais naïve, je pensais moi aussi que j'étais guérie... Je l'ai pas vu venir, je ne pensais pas que je serais aussi fatiguée... Non non, faut que tu en parles à la patiente, faut que tu en parles comment ça se passe [le processus de réappropriation du travail] ... » (8MAT)

Tel qu'illustré à la Figure 6, le propos d'autres participantes suggère plutôt que la décision du moment du retour au travail a été prise unilatéralement par leur médecin. Ces participantes semblent avoir eu l'impression que cette décision était basée sur des pratiques de routine et non sur leur situation personnelle :

*« ... le médecin de la radiothérapie m'a dit : - vous n'avez pas eu de chimio, je donne un mois après la radiothérapie, puis c'est suffisant.
- Ah si vous le dites, c'est correct, moi je ne peux pas argumenter ça, elle dit qu'elle fait ça à tout le monde. S'ils n'ont pas eu de chimio, donc tu dis ben, - ok, je vais faire comme les autres. » (5MAT)*

Cette situation paraît d'ailleurs parfois entraîner de l'incompréhension et une perception de ne pas être considérée chez les survivantes. Or, les propos de ces dernières suggèrent qu'elles s'attendent et souhaitent être impliquées dans cette décision :

« Je me suis dit, - elle [médecin en radiothérapie] n'a pas tenu compte que je faisais de l'anémie, elle ne tient compte de rien, elle ne m'a pas demandé – pensez-vous que... je me disais, ils devraient tenir compte de certains facteurs

*des fois, regarder, puis dire, - on va attendre que ça soit réglé ce problème-là...
fais des gardes, fais ci, marche comme un petit soldat. » (5MAT)*

Les propos d'une survivante laissent d'ailleurs sous-entendre que cette unilatéralité de la décision l'a incitée à retourner au travail alors qu'elle ne se sentait pas prête à le faire.

« ... mon médecin traitant, il m'avait dit que normalement, les gens retournent, j'avais les yeux grands parce que je me disais – je vais tu être capable? tu sais, parce que je ne me sentais pas forte... c'est la chirurgienne qui nous opère qui fait mon suivi, puis en tout cas, elle, elle semblait dire que j'étais capable, puis bye bye vas-y. Let's go! » (1MAT)

Ainsi, les résultats suggèrent que la décision relative au moment du retour au travail a le potentiel d'influencer le processus de réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein. Il apparaît d'ailleurs que cette décision unilatérale, prise par les professionnels de la santé ou les survivantes, se base sur les perspectives propres à chacun de ces acteurs. Les flèches arquées de la figure se dirigent dans des directions opposées pour illustrer la différence des perspectives.

4.1.1.4 Le processus de réappropriation du travail et le soutien d'une paire survivante du cancer du sein

Le désir rapporté par plusieurs participantes d'être soutenue par une paire survivante du cancer dans les différentes phases de leur processus de réappropriation du travail est également un thème émergent. Afin d'approfondir la compréhension de ce thème, les participantes ont été questionnées sur l'apport que pourrait avoir une paire. Une des participantes a alors suggéré :

« [Se faire rassurée pour] ... se sentir normale lorsque le retour [au travail] se passe pas tout le temps comme on pense, comme on prévoyait, que c'est normal qu'on ne se sente pas à la hauteur... toutes ces choses-là que moi j'aurais aimé

qu'on me dise, tu sais... parce que, on dirait qu'on se sent à part, on se sent mis à part... » (7MAT)

Une seule participante a rapporté avoir bénéficié du soutien d'une paire survivante pendant les phases de RAT et de MAT. La paire survivante travaillait alors dans le même milieu qu'elle. Pour la participante, ce soutien semble lui avoir apporté de la rassurance et avoir contribué à normaliser son expérience.

« Elle dit – moi aussi L.. – ah, donc là on en parlait beaucoup, puis la fatigue puis tout ça, elle m'a beaucoup aidé pour me sécuriser. » (1MAT)

Ainsi, la paire paraît avoir permis à la survivante de comparer sa propre situation à celle d'une autre et ainsi d'être rassurée.

« Elle disait que c'était normal. C'était normal que je vive ça, que je me sente plus fatiguée, que j'aie de la misère à finir mes journées, elle disait – ça va revenir! Fais-toi en pas. » (1MAT)

Un autre élément révélé est que le soutien d'une paire survivante semble être souhaité dès le moment où le retour au travail est envisagé, et non seulement lors des phases de RAT et de MAT. Une des participantes suggère que le contact précoce avec une personne retournée au travail après un cancer pourrait être un moyen d'obtenir des informations leur permettant d'anticiper ou de surmonter certains défis :

« C'est quand on dit, on va retourner au travail, on devrait dire – on va retourner au travail, le mettre avec une date, et là commencer le pairage, au lieu de dire on recommence, boum! ... tu sais [d'avoir une paire aidante qui est déjà passée par là, ça permettrait de], se recentrer sur les affaires, pourquoi t'es fatiguée? Pourquoi t'en fais trop? Pourquoi tu fais ça? Comment tu peux t'organiser... Ça permettrait de trouver des stratégies, de discuter, de parler comment c'est facile, comment c'est dur, ça permettrait ça. » (8MAT)

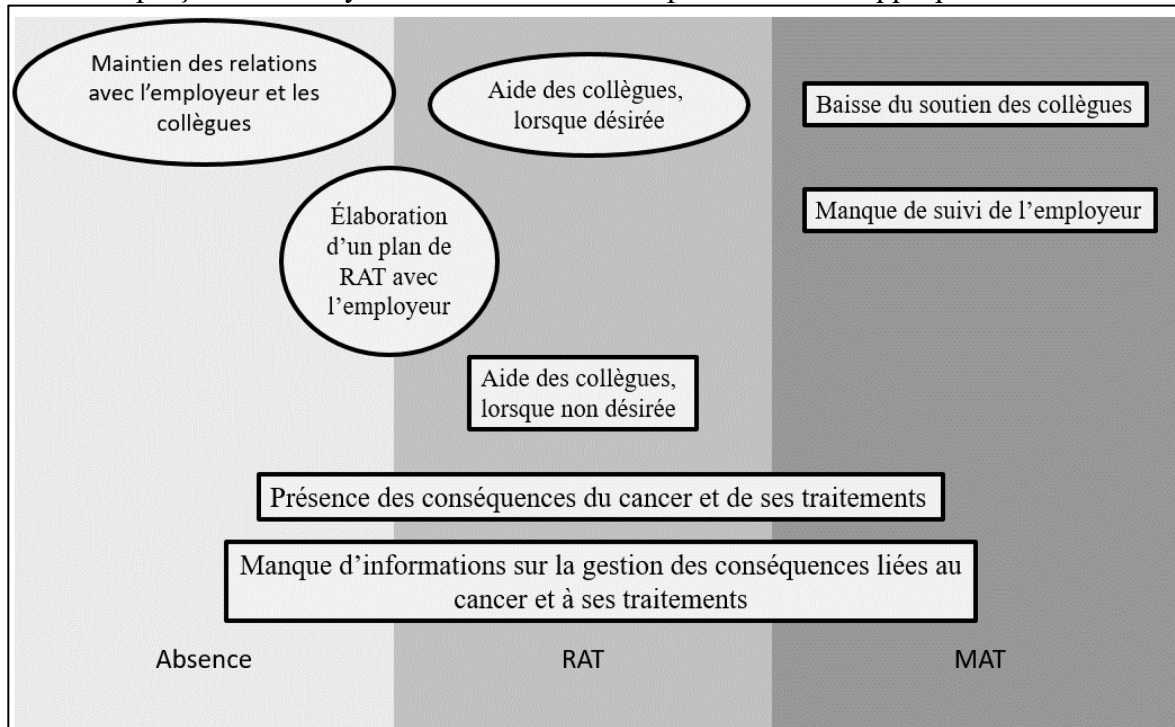
Ainsi, les résultats suggèrent que le désir d'être soutenue par une paire aidante puisse être motivé par la volonté d'être mieux outillée quant à la gestion des conséquences du cancer et de ses traitements.

4.1.2 Synthèse des résultats de l'objectif 1

L'objectif 1 a permis d'identifier sept facteurs issus de la première source de données (survivantes du cancer du sein). Ces facteurs sont présentés en fonction des phases du processus dans la figure 7. Dans cette figure, les facteurs identifiés dans des formes ovales sont les facteurs perçus comme ayant une influence positive sur le processus de réappropriation du travail alors que les facteurs identifiés dans des formes rectangles sont perçus comme ayant une influence négative. Un des facteurs identifiés, l'aide des collègues, peut être perçu comme positif lorsque désiré ou négatif dans le cas contraire. Ce facteur apparaît donc à deux reprises dans la figure.

Figure 7

Facteurs perçus comme ayant une influence sur le processus de réappropriation du travail



Outre les sept facteurs, les résultats de l'objectif 1 révèlent des concepts plus complexes qui permettent d'approfondir la compréhension du processus de réappropriation du travail à la suite d'un cancer du sein. Il s'agit de : a) le maintien du rôle de travailleuse de la survivante tout au long des trois phases du processus, b) l'atténuation du sentiment d'abandon durant la phase de MAT et c) le maintien ou l'augmentation de la confiance nécessaire à l'autogestion de la santé dès la phase d'absence, jusqu'en phase de MAT.

Enfin, les résultats ont permis de révéler le concept de SEPT. Ce concept réfère globalement au jugement qu'un individu porte sur ses capacités à exécuter les tâches demandées par son travail. Il semble que le maintien du rôle de travailleuse, la diminution ou l'absence du sentiment d'abandon en phase de MAT ainsi que le maintien ou l'augmentation de la confiance nécessaire à l'autogestion de la santé pourraient interagir de façon dynamique et influencer le SEPT. Toutefois, les résultats n'ont pas permis de préciser les relations causales entre ces éléments de façon plus explicite.

4.2 Objectif 2 : Identifier les interventions étudiées visant le retour et le maintien au travail des survivants du cancer

L'objectif 2 consistait en une revue intégrative des écrits afin d'identifier les interventions étudiées visant le retour et le maintien des survivants du cancer. Les résultats de cet objectif sont présentés sous la forme d'un article (article 2).

Article 2

Avant-propos

Interventions de soutien pour le retour et le maintien au travail après un cancer : revue intégrative

Le deuxième article, intitulé « Interventions de soutien pour le retour et le maintien au travail après un cancer : revue intégrative », est rédigé en français. Il présente les résultats en lien avec l'objectif 2 de l'étude.

Auteure principale de l'article

Caron, Maryse, Bac., M.Sc., Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université de Sherbrooke, Québec.

Coauteures

Durand, Marie-José, Ph.D., erg., Professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université de Sherbrooke, Québec

Tremblay, Dominique, Ph.D., Sc. Inf., Professeure adjointe, École des Sciences Infirmières, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université de Sherbrooke, Québec.

Statut et référence de l'article

Cet article a été publié dans journal *Santé publique*. La référence complète de l'article est la suivante :

Caron M, Durand MJ, Tremblay D (2017) Interventions pour le retour et le maintien au travail après un cancer : revue de la littérature. *Santé publique*. 29(5) : 655-664.

Autorisation de reproduction obtenue de la Société française de santé publique.

La doctorante, première auteure de l'article, a mené les recherches dans les bases de données informatisées et dans les écrits scientifiques. Les deux coauteures, directrices de thèse, ont supervisé l'ensemble des travaux de recherche et de rédaction. Ainsi, la doctorante a rédigé la première version de l'article alors que les coauteurs ont apporté leurs commentaires et conseils afin de la guider.

Les outils utilisés au cours de la recherche sont disponibles aux annexes 6 et 7 de la thèse.

Article publié : Interventions pour le retour et le maintien au travail après un cancer : une revue des écrits

La reprise du travail après un cancer peut être un défi et les interventions conçues pour la soutenir sont encore mal comprises. **Objectif :** Identifier les interventions visant la reprise et le maintien au travail des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer. **Méthodes :** Une revue de la littérature a été réalisée. La recherche documentaire a principalement été menée dans des bases de données de références bibliographiques. Un processus systématique d'analyse et d'interprétation des résultats a ensuite été complété. **Résultats :** 22 articles ont été identifiés. Un premier constat est qu'il existe très peu d'interventions spécifiquement élaborées pour soutenir la reprise et le maintien au travail des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et qu'elles sont principalement proposées par des professionnels de la santé et en milieu clinique. Les activités qui sous-tendent ces interventions sont de la guidance, la remise d'informations et la tenue de groupes de soutien/discussion/information. Les équipes impliquées dans de telles interventions sont multidisciplinaires et se composent généralement d'un ou plusieurs professionnels : médecin du travail, travailleur social et infirmière. Un deuxième constat réside en l'absence de mesure d'efficacité des interventions en dépit de protocoles d'études expérimentaux et quasi-expérimentaux. **Conclusion :** Deux recommandations pour le développement de futures interventions ressortent de cette revue de la littérature. Tout d'abord, les prochaines interventions développées devraient être soutenues par une théorie d'intervention afin d'augmenter les chances qu'elles aient un effet sur les variables souhaitées. De plus, les futures interventions devraient inclure les milieux de travail et les mobiliser.

Mots clés : reprise du travail, cancer, survivants, retour au travail, interventions

Interventions to support the return-to-work process after cancer: a literature review

Returning to work after cancer can be challenging for cancer survivors and there is little known about interventions designed to support survivors returning to work. **Purpose:** The objective of this review was to identify interventions designed to support the return-to-work process after a cancer diagnosis. **Method:** A literature review was performed. Literature search was mainly done by consulting bibliographical databases. A systematic process for the analysis and the interpretation of results were then performed. **Results:** 22 articles have been identified. The first finding is that there are very few interventions specific to the return to work after cancer and that these few are usually given in clinical setting by healthcare practitioners. Activities elaborated to support return to work in these interventions are individual counselling, provision of information and support groups. These activities are provided by various multidisciplinary teams of one or more of these professionals: occupational physicians, social workers and nurses. A second finding is that even with the use of experimental and quasi-experimental approaches, no effect has been observed on the return to work. **Conclusion:** From this integrative review, two recommendations stand out for the development of future interventions. First, to improve the chances that future interventions have effects on the return to work of cancer survivors, these interventions need to be developed and supported by an intervention theory. Second, future interventions need to include and mobilize workplaces.

Keywords: return to work, neoplasm, survivors, interventions

Introduction

Au Canada, les experts estiment que 63 % des personnes diagnostiquées d'un cancer survivront plus de cinq ans à la suite du diagnostic [1]. Au Québec, tous cancers confondus, les coûts pour la société associés à la perte de production et à la baisse du taux d'emploi à la suite d'un diagnostic sont estimés à 661,5 millions de dollars annuellement [2]. Or, reprendre et se maintenir au travail après la fin des traitements d'un cancer reste un défi. Des études suggèrent que le taux d'emploi est significativement moins élevé chez les survivantes du cancer du sein que dans une population comparable de femmes n'ayant jamais reçu ce diagnostic [3, 4]. Dans la présente étude, le terme « survivant » est utilisé pour désigner une personne que l'Institut National du Cancer qualifie d'en rémission et donc ayant terminé les traitements actifs contre le cancer et ne présentant plus de signes de la maladie [5].

Le retour au travail (RAT) peut être abordé comme un processus qui implique l'enchaînement de différentes phases : l'absence, le RAT, le maintien au travail (MAT) et l'avenir au travail [6]. Une étude rapporte que 11 % des personnes ayant eu un cancer et étant de retour au travail dans les 12 mois suivant leur diagnostic le quitteront définitivement dans les trois ans qui suivent, et ce pour une raison associée au cancer [7]. Ainsi, le RAT et le MAT au travail apparaissent comme des phénomènes beaucoup plus complexes que le simple fait d'être ou non au travail. Il semble donc important de mieux comprendre les interventions conçues spécifiquement pour soutenir le RAT après un cancer et les éléments qui les composent [8].

Afin d'identifier les interventions visant le RAT et le MAT des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer, une revue de la littérature a été réalisée. Quatre questions étaient posées : 1) quels sont les buts de ces interventions, 2) quelles en sont les composantes, 3) quelles sont les ressources humaines impliquées dans leur mise en œuvre et 4) quels sont les effets attendus (ou non).

Méthodes

Une revue de la littérature inspirée de l'approche proposée par Whitemore et Knalf a été menée selon les étapes suivantes : identification du problème, recherche documentaire, analyse des données et présentation des résultats [9]. L'approche intégrative proposée par ces auteurs vise à inclure des études ayant différentes méthodes, qualitatives ou quantitatives. De plus, cette approche est particulièrement appropriée pour établir l'état des connaissances dans un domaine et ensuite appliquer directement les résultats à la pratique. La section suivante détaille chacune des étapes suivies. La première étape est celle de l'identification du problème soit ici, de mieux comprendre les interventions conçues spécifiquement pour soutenir le RAT après un cancer et les éléments qui les composent.

Recherche documentaire

La recherche documentaire a mobilisé trois approches complémentaires. Tout d'abord, le repérage des articles a été fait dans de grandes bases de données de références bibliographiques reconnues dans le domaine de la médecine : Medline, CINAHL, SCOPUS et Academic Search Complete. Aucune limite de date n'a été imposée pour la sélection des articles puisque nous voulions avoir une vue d'ensemble de toutes les interventions développées et étudiées au fil des ans. Le cadre PICO a été utilisé pour établir les mots-clés [10].

Par la suite, une recherche manuelle à partir des listes de références bibliographiques des articles retenus a été réalisée. Enfin, dans le cadre d'une approche collégiale, trois chercheurs ayant une expertise en soins infirmiers et en réadaptation au travail ont été consultés par courriel afin qu'ils identifient une courte liste d'articles qu'ils considéraient comme les meilleurs articles sur le sujet. Ces références ont ensuite été confrontées à la liste obtenue lors de la revue dans les bases de données

Les articles retenus pour cette revue devaient porter sur une intervention favorisant ou comprenant une composante favorisant le RAT de survivants du cancer. Les articles devaient aussi avoir été publiés dans la langue française ou anglaise. Les écrits de type commentary, éditorial, prise de position ou les revues des écrits sans méthode claire ont été exclus tout comme les articles traitant d'interventions médicales ou pharmaceutiques, d'une

première entrée sur le marché du travail après un cancer pédiatrique et ceux traitant de la réinsertion sur le marché du travail dans un nouveau milieu.

La sélection des écrits a été menée en trois temps, titres, résumés et textes complets, où chaque fois les critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués.

Analyse des données

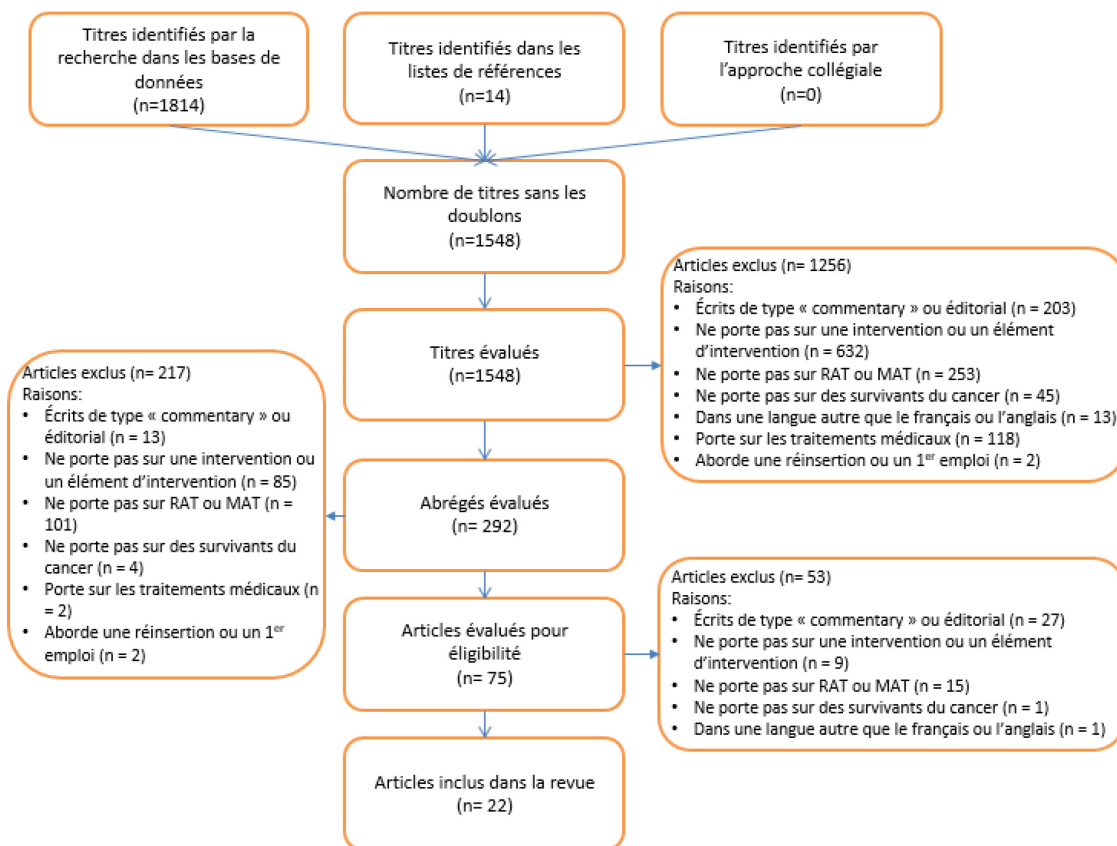
Un classement a tout d'abord été fait selon le lieu de déploiement de l'intervention : milieu clinique ou environnement de travail. Ensuite, un codage structurel selon les questions de recherche a été réalisé et des tableaux d'extraction de données ont été construits.

Dans une étape subséquente, des matrices ont été construites pour la présentation comparative des données (patrons, thèmes et relations) [11]. Au bilan, des constats ont été élaborés pour chacun des sous-groupes selon le lieu de déploiement des interventions.

Résultats

La figure 1 présente la stratégie de sélection des articles. Sur un total de 1548 titres trouvés, 22 articles ont été retenus dans cette revue. Les articles exclus l'ont été parce qu'ils étaient de type « commentary » ou éditorial ($n = 243$), ne portaient pas sur une intervention ou un élément d'intervention ($n = 726$), le RAT ou le MAT ($n = 369$) ou les survivants du cancer ($n = 50$), portaient sur des traitements médicaux ($n = 120$), abordaient une réinsertion ou un 1^{er} emploi ($n = 4$) ou encore étaient dans une langue autre que l'anglais ou le français ($n = 14$). Parmi les études retenues, 17 ont été réalisées en Europe (Angleterre, Royaume-Uni, France, Suède, Norvège, Pays-Bas, Allemagne) [12-28] et cinq ont été menées en Amérique du Nord (États-Unis) [29-33].

Figure 1
Stratégie de sélection des articles



Trois des articles sélectionnés portent sur la même intervention [22-24] et ont donc été regroupés et sont considérés pour la suite comme une seule intervention. Deux autres articles portent sur une même intervention, mais offertes à deux échantillons différents à deux moments différents c'est-à-dire, 60 participants en 1993 et 199 en 1994 [18, 19]. Ces deux études ont aussi été regroupées comme une seule intervention. Par conséquent, la suite des résultats présentés dans cette section provient de l'analyse de 19 études, provenant de 22 articles.

Les interventions ont été déployées suivant deux types de milieux : les « milieux cliniques » (par exemple : hôpital, clinique, centre de santé) et les « environnements de travail » (par exemple : entreprises, gouvernement). Les interventions en milieux cliniques semblent être plus étudiées puisqu'elles font l'objet de 15 études rapportées dans 18 articles [12-14, 16-20, 22-31].

Interventions en milieux cliniques

Les interventions en milieux cliniques présentent deux types d'objectifs : orientés spécifiquement sur le RAT (IRAT) ($n = 8$) et portant sur les aspects plus globaux de la santé des survivants du cancer (IG) mais dont l'effet sur le RAT est étudié ($n = 7$). Cinq des IRAT ont aussi au moins un objectif secondaire : améliorer les mécanismes de continuité informationnelle, c'est-à-dire la transmission, entre les professionnels de la santé, de l'information sur les événements antérieurs ainsi que son utilisation pour adapter les soins au patient [26], améliorer les soins aux patients [22-24], favoriser la qualité de vie [20, 22-24], diminuer les inégalités sociales en matière de RAT [16] ou encore maintenir les fonctions physiques, psychologiques et sociales [28]. Les IG ont comme objectifs de favoriser le rétablissement physique [14, 18, 19, 25, 27, 29], la qualité de vie [25, 27], favoriser le retour à une vie active (ex. retour au travail, reprise de rapports sociaux) [14, 18, 19, 29, 30] et d'offrir du soutien psychosocial [29, 31]. Le tableau 1 présente l'ensemble des interventions en milieux cliniques et des études dont elles ont fait l'objet.

Tableau 1
Caractéristiques générales des articles inclus (milieux cliniques)

Auteur, date et pays	Devis	Participants	Nombre de sujets inclus	Interventions	Effets mesurés en lien avec le RAT
Bains <i>et al.</i> ¹¹ 2011 Angleterre	Devis prospectif pré-test et post-test	Patients Âge moyen : 56,25 ans Hommes : 61 % Cancer colorectal : 100 %	n=13	En externe* Durée de l'intervention : Ponctuelle, une seule rencontre Composantes de l'intervention : 1- Remise d'informations 2- Guidance	-
De Blasi <i>et al.</i> ¹⁶ 2014 France	Étude pilote exploratoire qualitative	Patients et survivants Âge moyen : 47 ans Femmes : 85 % Cancer du sein : 80 % En rémission : 95 %	Groupe expérimental : n=20 Groupe de comparaison : n=43	En externe Durée de l'intervention : 10 mois Composantes de l'intervention : 1. Guidance 2. Groupe de soutien/discussion/info	-
Groeneveld <i>et al.</i> ²⁴ 2013 Pays-Bas	Étude phénoménologique	Survivants Âge moyen : 56 ans Femmes : 90 % Cancer du sein : 70 %	n=10	En externe Durée de l'intervention : 12 semaines Composante de l'intervention : 1- Activité physique	-
Hubbard <i>et al.</i> ¹² 2013 Royaume-Uni	Devis pilot d'étude randomisée contrôlée	Survivantes (poste chirurgie) Âge moyen : 50,5 ans Cancer du sein : 100 % Stade II : 44 %	Groupe expérimental : n=7 Groupe de comparaison : n=11	En externe Durée de l'intervention : Ponctuelle, souvent un seul téléphone Composantes de l'intervention : 1- Remise d'informations 2- Guidance 3- Continuité d'approche	Durée du congé maladie Nombre de journées d'absence (en lien ou non avec l'expérience de cancer) après le RAT
Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> ²⁵	Devis de série patients	Patients Médecin	Patients : n=35	En externe	-

Auteur, date et pays	Devis	Participants	Nombre de sujets inclus	Interventions	Effets mesurés en lien avec le RAT
2006 Pays-Bas		spécialiste du travail Âge moyen patient : 45,8 ans Hommes : 27 % Cancer du sein : 50 %	Médecin spécialiste du travail : n=24	Durée de l'intervention : Le temps des traitements de radiothérapie Composantes de l'intervention : 1- Remise d'informations 2- Continuité informationnelle	
Tamminga <i>et al.</i> ^{21, 22, 23} 2010, 2012 et 2014 Pays-Bas	Étude randomisée contrôlée multicentrique	Patientes Âge moyen : 47,5 ans Cancer du sein : 62 %	Groupe expérimental : n=65 Groupe de comparaison : n=68	En externe Durée de l'intervention : un maximum de 14 mois Composantes de l'intervention : 1- Remise d'informations 2- Guidance 3- Implication du milieu de travail	Proportion de personnes RAT sur le nombre total de participants Niveau d'aptitude de la personne à répondre aux exigences de son poste de travail
Vidor <i>et al.</i> ¹⁵ 2014 France	-	Survivantes Âgées entre 18 et 55 ans		En externe Durée de l'intervention : Environ un an Composantes de l'intervention : 1- Continuité informationnelle 2- Guidance	-
Thijs <i>et al.</i> ²⁶ 2012 Pays-Bas	Étude de cohorte rétrospective	Survivants Âge moyen : 49 ans Cancer du sein : en majorité	Groupe expérimental : n=72 Groupe de comparaison : n=38	En externe Durée de l'intervention : 18 semaines Composante de l'intervention : 1- Activité physique	Durée du congé maladie Modification du nombre d'heures travaillées après le RAT
Maguire <i>et al.</i> ¹³ 1983 Angleterre	Étude contrôlée	Patientes cancer du sein : 100 %	Groupe expérimental : n=75 Groupe de comparaison : n=77	En milieu clinique et à domicile Durée de l'intervention : 2 mois Composante de l'intervention : 1. Guidance	Proportion de personnes RAT sur le nombre total de participants
Berglund <i>et al.</i> ^{17, 18} 1993 et 1994 Suède	Devis prospectif avec un groupe de comparaison apparié (1993) Devis prospectif avec groupes	Survivants Cancer du sein : 83 % (1993) et 80 % (1994)	Groupe expérimental (1993) : n=30 Groupe de comparaison (1993) : n=30	En milieu clinique externe Durée de l'intervention : 7 semaines Composantes de l'intervention : 1- Activité physique	Proportion de personnes RAT sur le nombre total de participants

Auteur, date et pays	Devis	Participants	Nombre de sujets inclus	Interventions	Effets mesurés en lien avec le RAT
	randomisés contrôlés (1994)		Groupe expérimental (1994) : 90 Groupe de comparaison (1994) : n=10	2- Groupe de soutien/discussion/information	
Bertheussen <i>et al.</i> ¹⁹ 2012 Norvège	Devis prospectif ouvert	Survivants Âge moyen : 52,5 ans Femmes : 77 % Cancer du sein : 56 %	n=163	En séjour** Durée de l'intervention : 15 semaines (séjour de 3 semaines suivi d'un séjour d'une semaine 8 à 12 semaines plus tard) Composantes de l'intervention : 1- Guidance 2- Activité physique 3- Groupe de soutien/discussion/information 4- Continuité d'approche	-
Mehnert et Koch ²⁷ 2013 Allemagne	Étude longitudinale prospective	Survivants Âge moyen : 48,7 ans Cancer du sein : 59,5 %	n=750	En séjour Durée de l'intervention : 3 semaines Composantes de l'intervention : 1- Guidance 2- Activité physique 3- Groupe de soutien/discussion/information 4- Physiothérapie 5- Psychothérapie individuelle	-
Sachs <i>et al.</i> ²⁸ 1980 États-Unis	Étude non contrôlée	Patientes Cancer du sein : 100 %	n=107	En séjour Durée de l'intervention : Environ 5 jours Composantes de l'intervention : 1- Activité physique 2- Guidance	-

Auteur, date et pays	Devis	Participants	Nombre de sujets inclus	Interventions	Effets mesurés en lien avec le RAT
				3- Groupe de soutien/discussion/information 4- Continuité d'approche	
Capone <i>et al.</i> ²⁹ 1980 États-Unis	Étude non contrôlée	Patientes Cancer gynécologique : 100 %	Groupe expérimental : n=56 Groupe de comparaison : n=41	En séjour Durée de l'intervention : Non mentionné Composantes de l'intervention : 1- Guidance 2- Groupe de soutien/discussion/information	Proportion de personnes RAT sur le nombre total de participants
Gordon <i>et al.</i> ³⁰ 1980 États-Unis	Étude contrôlée avec groupes non équivalents (deux groupes témoins et un groupe intervention) et avec multiple « <i>time series</i> »	Patients Femmes : 67 % Cancer du sein : 31,8 %	Groupe expérimental : n=157 Groupe de comparaison 1 : n=83 Groupe de comparaison 2 : n=68	En séjour et externe Durée de l'intervention : 6 mois Composantes d'intervention : 1- Groupe de soutien/discussion/information 2- Continuité d'approche	Proportion de personnes RAT sur le nombre total de participants

*Intervention se tenant lors de courtes visites (de soins, de suivi...) en milieux cliniques

**Intervention se tenant dans des cliniques spécialisées où les participants séjournent jours et nuits sur une période déterminée de temps

La figure 2 présente les moments où se déploient les interventions. Dans la catégorie des IRAT, il existe une grande variation quant au moment du déploiement des interventions tout comme en ce qui concerne leur durée. Quant aux IG, elles sont offertes majoritairement après la fin des traitements anticancéreux.

La grande majorité des interventions sont déployées par des équipes formées de deux professionnels [16, 26, 31] ou des équipes multidisciplinaires [17-20, 22-24, 29] pouvant compter jusqu'à sept membres. Dans les IRAT, les équipes sont souvent composées d'une combinaison de professionnels : médecin du travail [16, 17, 22-24], travailleur social [17, 20, 22-24], infirmière [20, 22-24] ou encore chercheur [12, 26]. Lorsque ce dernier fait partie des ressources impliquées dans le déploiement de l'intervention, son rôle réside le plus souvent dans la remise d'information [12, 26], la guidance auprès du survivant, identifié comme « counseling » dans la littérature anglaise [12] et dans la continuité informationnelle, pratique décrite plus haut [26]. Pour les IG, ce sont les physiothérapeutes [25, 27, 29] et les infirmières [14, 18, 19, 29] qui sont les plus présents dans les équipes déployant les interventions.

Le tableau 2 présente une typologie des activités sous-tendant les interventions. Les trois activités les plus souvent retrouvées dans les IRAT sont de la guidance, la remise d'information et les groupes de soutien/discussion/information. La guidance peut prendre deux formes différentes : rencontre en face-à-face [12, 13, 16, 17, 20, 22-23] ou entretien téléphonique [13]. La plupart du temps, la guidance consiste à informer le participant sur le RAT après un cancer et à évaluer ses besoins. Dans certaines interventions, la guidance inclut aussi l'élaboration d'un plan de RAT [12, 16, 17, 22-24]. Les intervenants qui réalisent la guidance, lorsqu'ils sont identifiés, varient : infirmière [20, 22-24], travailleur social [17, 22-24], infirmier coordonnateur [13], médecin du travail [17], psychologue [16] ou encore le chercheur lui-même [12]. Le moment du déploiement de la (ou des) rencontre(s) de guidance varie également.

Tableau 2
Typologie et définition des activités composant les interventions offertes en milieux cliniques

Typologie	Description
Remise d'informations	Toutes activités consistant en la remise d'un document d'informations (dépliant, document...)
Guidance	Toutes activités consistant en la rencontre individuelle entre un professionnel et un participant ayant pour but d'informer, de conseiller ou de guider Aussi identifié comme étant du « <i>counseling</i> » dans la littérature anglaise
Groupe de soutien/discussion/information	Toutes activités consistant en la tenue d'activité de soutien, de discussion ou d'information, sous forme de groupe, avec professionnels
Continuité informationnelle	Toutes activités consistant à mettre en place des actions favorisant la communication et le partage d'informations entre les acteurs impliqués dans l'intervention ou le processus de RAT
Implication du milieu de travail	Toutes activités favorisant l'implication concrète du milieu de travail
Activité physique	Toutes activités consistant en de l'activité physique ou l'exercice
Continuité d'approche	Toutes activités consistant à mettre en place des mécanismes ou des actions favorisant le référencement à d'autres professionnels, selon les besoins des participants et permettant une cohérence dans le plan d'intervention et permettant à celui-ci d'être plus complet.

La moitié des IRAT comprennent la remise d'information [12, 13, 22-24, 26], le plus souvent un dépliant remis au survivant, par le chercheur [12], l'infirmière, le travailleur social [22-24] ou encore le radiooncologue [26]. Dans l'étude d'Hubbard et collègues (2013), l'intervenant qui réalise cette remise d'information n'est pas identifié [13]. Dans la majorité des cas, le dépliant est remis pendant les traitements anticancéreux [12, 22-24, 26].

Trois des huit IRAT comportent un groupe de soutien/discussion/information [17, 20, 28]. Les activités de ces groupes sont très peu détaillées, mais elles comprennent toutes plusieurs séances. Les thèmes abordés lors des séances de groupe de De Blasi et collègues (2014) [17] sont choisis par les participants alors que dans l'intervention de Bertheussen et collègues (2013) [20], ils sont imposés par les ressources responsables du groupe. Aucune information n'est disponible pour l'étude de Mehnert et Koch (2013) [28]. Pour l'intervention de De Blasi et collègues (2014) [17], les ressources responsables sont un

psychologue et un médecin du travail tandis que pour de Bertheussen et collègues (2013) [20] elles varient selon le thème abordé.

Tout comme pour les IRAT, les IG comprennent, la plupart du temps, de la guidance [14, 29-31]. Cependant, celles-ci se différencient par un plus grand nombre de rencontres pouvant s'échelonner sur plusieurs mois. Le contenu des séances de guidance diffère également et porte principalement sur l'information et le soutien psychologique. Dans les IG, les personnes responsables de la guidance sont une infirmière [14, 29], un psychologue [30] ou un conseiller en oncologie [31]. Finalement, ces activités se tiennent majoritairement pendant [29-31] et après la fin des traitements anticancéreux [14, 29, 31].

L'activité physique est fréquente dans les IG [18, 19, 25, 27, 29] alors qu'elle est pratiquement inexistante dans les IRAT [20, 28]. Les descriptions des composantes activités physiques des interventions restent peu détaillées. Elles semblent s'offrir sur une période de cinq jours à 18 semaines et l'objectif principal du programme d'entraînement est généralement l'amélioration de la condition physique [18, 19, 25, 27, 29]. La personne responsable est un physiothérapeute à l'exception d'une intervention où le responsable est un spécialiste de l'activité physique [18, 19]. Finalement, ces activités se déroulent toutes après la fin des traitements anticancéreux.

Les effets des interventions sur le RAT, lorsqu'ils sont étudiés, sont mesurés sur différentes variables : la durée de l'absence au travail [13, 27], la proportion de personnes de retour au travail [14, 18, 19, 24, 30, 31], le nombre de journées d'absence à la suite du RAT [13], le niveau d'aptitude de la personne à répondre aux exigences de son poste de travail [24] et la modification du nombre d'heures travaillées après le RAT [27]. Ces effets sont mesurés dans le cadre d'études ayant des protocoles expérimentaux [13, 19, 24] ou quasi-expérimentaux [14, 18, 27, 30, 31]. Aucune des interventions étudiées n'a démontré d'impact sur la durée de l'absence [13, 27], le nombre de journées d'absence à la suite du RAT [13] et le niveau d'aptitude de la personne à répondre aux exigences de son poste de travail [24]. Deux études [19, 24] n'ont démontré aucun effet de leur intervention sur la proportion de

RAT; seule une étude [14] a conclu que les participants du groupe expérimental étaient significativement plus nombreux à être de retour au travail 12 à 18 mois après l'intervention.

Les interventions dans les environnements de travail

Les articles portant sur cette catégorie d'interventions explorent ce qui est proposé pour les survivants de cancer sur leur lieu de travail, et quels sont les acteurs promoteurs de ces actions. Plus précisément sont identifiés les perspectives organisationnelles et les accommodements mis en place par les employeurs [15, 33] ou les survivants eux-mêmes [21, 32] pour soutenir le RAT après un cancer [15, 33].

Parmi les interventions répertoriées, certaines se font avant le RAT, c'est-à-dire pendant la phase de traitement et la période d'absence du travail [15, 21], alors que d'autres se tiennent pendant et après le RAT [15, 21, 32, 33].

Ces interventions peuvent être formelles ou informelles. Dans la catégorie des interventions formelles, des politiques et procédures spécifiques au RAT après un cancer [15] sont mises en place et déployées par les employeurs et supérieurs immédiats. Cette catégorie compte aussi des accommodements pouvant prendre différentes formes : tenue d'une rencontre pré-RAT [33], temps payé pour les rendez-vous médicaux [33], télétravail [33], latitude dans les décisions par rapport aux horaires et tâches [33], retour progressif par modification des horaires et des tâches de travail [15] ou encore une modification de l'environnement de travail [15-33]. La durée pendant laquelle les accommodements sont maintenus n'est mentionnée dans aucune des études.

Dans la catégorie des interventions informelles, deux éléments sont rapportés à savoir la réduction, par la survivante, des tâches en environnement de travail non associées à l'emploi [32] et le soutien général des collègues [21, 32].

Aucune des interventions en milieux de travail n'a fait l'objet d'étude en mesurant les effets.

Discussion

La présente revue de la littérature avait pour but d'identifier les éléments-clés d'une intervention de soutien favorisant le RAT et le MAT de survivant du cancer.

Un premier constat est que les interventions favorisant spécifiquement le RAT et le MAT sont principalement offertes par des professionnels de la santé et en milieu clinique. Ainsi les interventions semblent majoritairement fondées sur un modèle biomédical, qui se concentre sur l'individu et son problème de santé [34]. Dans ce type de modèle, c'est le professionnel de la santé qui prend la décision du RAT à la suite de son évaluation du patient et de son problème de santé [35, 36]. L'environnement dans lequel évolue l'individu n'est aucunement pris en compte et les interventions développées sur cette base ne se concentrent que sur l'individu. Or, le modèle strictement biomédical est progressivement délaissé ces dernières années avec, entre autres, l'apport de modèles nouveaux ciblant non seulement l'individu mais aussi l'identification des facteurs environnementaux dans lequel il évolue et pouvant influencer le RAT [36]. Ainsi, plusieurs études portant sur le RAT à la suite de troubles musculosquelettiques ou de santé mentale, soulignent l'importance de considérer les milieux de travail dans une approche multidisciplinaire [37, 38]. Or, l'implication du milieu de travail semble difficile dans le contexte du RAT à la suite d'un cancer. L'étude de Tamminga et collègues (2012) est un bon exemple de cette difficulté. Cette intervention comportait une rencontre formelle entre le survivant du cancer, l'employeur et le médecin du travail. Or, dans les faits, cette rencontre n'a eu lieu que dans un cas sur 10 [23]. Les auteurs ne donnent pas d'hypothèse qui pourrait expliquer ce résultat. Ils avancent par contre l'idée que cette absence de rencontre pourrait expliquer l'absence d'effet mesuré sur les proportions de RAT des participants. L'absence d'implication des milieux de travail a aussi comme conséquence que les interventions se concentrent à donner de l'information au survivant tout en lui laissant la responsabilité du RAT. Contrairement à ce que préconisent les bonnes pratiques de gestion de retour à l'emploi, aucune intervention étudiée ne comprend un accompagnement dans l'environnement de travail [37]. Ainsi, les façons de mobiliser les milieux de travail et de les inclure dans les interventions devraient faire l'objet de futures études.

Un deuxième constat est le manque d'effet mesuré des interventions malgré l'utilisation de protocoles expérimentaux et quasi-expérimentaux. Les hypothèses avancées par les auteurs des différentes études indiquent soit un manque d'effet mesuré dû à des facteurs méthodologiques (manque de puissance statistique et biais de sélection) [13] ou encore à des facteurs d'implantation (formation insuffisante des acteurs impliqués ou difficulté à impliquer les milieux de travail) [24].

Deux hypothèses, non avancées par les auteurs, doivent aussi être considérées. En effet, les interventions répertoriées dans cette revue de la littérature sont de nature complexe puisqu'elles comprennent plusieurs composantes indépendantes et interdépendantes et qu'elles sont difficilement dissociables du contexte dans lequel elles sont mises en œuvre. Il est maintenant reconnu que les protocoles expérimentaux, développés pour l'évaluation de l'efficacité de médicaments dans des environnements contrôlés, ne sont pas les mieux adaptés pour évaluer ce type d'intervention [39, 40]. Des publications récentes suggèrent donc d'utiliser des protocoles mixtes (quantitatif/qualitatif) et d'évaluer non seulement les effets des interventions complexes, mais aussi les processus qui les sous-tendent [39-40]. Ainsi, l'utilisation de protocoles mal adaptés et l'évaluation centrée uniquement sur les effets peuvent être des pistes d'explication du manque d'effet mesuré des interventions comprises dans cette revue.

Une dernière hypothèse peut être l'absence de théorie de programme pour soutenir les interventions développées jusqu'à maintenant. Une théorie de programme est l'explication des liens logiques et les interactions entre les composantes du programme et les bénéfices qu'il devrait produire [39, 40, 41]. Or, aucun article ne pose explicitement la théorie de programme ni les théories qui la sous-tendent. Ainsi, pour la conception de futures interventions, il serait opportun de prendre exemple sur d'autres champs (par exemple, sciences managériales, psychologie sociale, éducation) et de développer une théorie des programmes. Cette façon de faire permettrait d'anticiper les liens logiques entre les composantes de l'intervention et les bénéfices souhaités tout comme les possibles interactions, positives ou négatives, entre les composantes. Pagani et collègues (2017) donnent d'ailleurs l'exemple de l'intervention SHARE, un programme d'éducation sexuelle,

où la théorie du comportement planifié, l'interactionnisme et l'analyse sociologique du genre ont servi de base pour le développement de l'intervention. Cette dernière avait entre autres pour but le développement de connaissances, l'acquisition de compétences quant à l'utilisation du préservatif et l'amorce d'un changement d'attitude [40]. Pour les interventions déjà développées, il serait important de procéder à leur évaluation avec une analyse logique qui permettrait d'évaluer leur bien-fondé respectif en répondant aux questions : 1) La théorie de l'intervention est-elle adéquate? 2) Les activités et ressources sont-elles bien organisées et de qualité et quantité suffisantes? [41]. Avec les réponses à ces questions, les interventions pourraient bénéficier d'ajustements pour en augmenter l'efficacité ou être abandonnées, si la théorie de programme manque de cohérence.

Comme pour toute étude, notre recherche comporte certaines limites. Tout d'abord, cette revue s'est restreinte aux écrits publiés dans les revues indexées, écartant la littérature grise. Ainsi, certaines interventions émergentes et innovantes qui auraient peut-être comblé certaines lacunes des interventions recensées, n'ont pas été analysées.

Les forces sont liées à la rigueur de la démarche méthodologique utilisée. Tout d'abord, trois techniques de collecte de données ont été employées : la consultation de bases de données de références bibliographiques, des listes de références bibliographiques des articles retenus et d'autres chercheurs ayant une expertise en soins infirmiers et en réadaptation au travail. Ceci a permis de limiter l'omission d'un écrit « classique » ou d'une intervention particulièrement reconnue. Finalement, la systématisation du processus d'analyse et d'interprétation des résultats a permis de limiter la menace d'erreurs méthodologiques.

Conclusion

Deux recommandations pour le développement de futures interventions ressortent de cette revue de la littérature. Tout d'abord, les futures interventions devraient inclure les milieux de travail et les mobiliser. Ensuite, les prochaines interventions devraient être

davantage explicitées et soutenues par une théorie des programmes afin d'augmenter leur compréhension, leur évaluation et preuve d'efficacité.

Références

1. Société canadienne du cancer, Comité consultatif. Statistiques canadiennes sur le cancer. Toronto (Canada) : Société canadienne du cancer ; 2015. 160 p.
2. Boucher P, Langlois PE. Les coûts économiques du cancer au Québec en 2013. Montréal (Canada) : Coalition Priorité Cancer ; 2014. 63 p.
3. Ahn E, Cho J, Shin DW, Park BW, Ahn SH, Noh DY, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res and Treat.* 2009; 116(3):609-16.
4. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. Work situations after breast cancer : Results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst.* 2004; 96(24):1813-22.
5. Institut National du Cancer. Dictionnaire [Internet]. Boulogne-Billancourt ; février 2017 [cité le 14 avril 2017] 1p. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/R/remission>.
6. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MNM, Anema JR. A Developmental Conceptualization of Return to Work. *J Occ Rehabil.* 2005; 15(4):557-68.
7. Short PF, Vasey JJ, Tunceli K. Employment Pathways in a Large Cohort of Adult Cancer Survivors. *Cancer.* 2005 ; 103(6):1292-1301. doi : 10.1002/cncr.20912
8. Hoving J, Broekhuizen M, Frings-Dresen MH. Return to work of breast cancer survivors: A systematic review of intervention studies. *BMC Cancer.* 2009;9 (117). doi : 10.1186/1471-2407-9-117
9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005; 52(5):546-53.
10. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz., Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2007. doi : 10.1186/1472-6947-7-16
11. Miles MB, Huberman AM, Saldana J. Qualitative data analysis : A methods sourcebook. 3th est. Thousand Oaks (États-Unis) : Sage Publications; 2014. 408 p.
12. Bains M, Munir F, Yarker J, Steward W, Thomas A. Return to work guidance and support for colorectal cancer patients. *Cancer nurs.* 2011; 34 (6). doi : 10.1097/NCC.0b013e31820a4c68
13. Hubbard G, Gray NM, Ayansina D, Evans JMM, Kyle RG. Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial. *Trials.* 2013 ; 14 (175). doi : 10.1186/1745-6215-14-175

14. Maguire P, Brooke M, Tait A, Thomas C, Sellwood R. The effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy. *Clin Oncol*. 1983; 9(4):319-24.
15. Grunfeld A, Rixon L, Eaton E, Cooper AF. The organisational perspective on the return to work of employees following treatment for cancer. *J Occup Rehabil*. 2008; 18:381-88.
16. Vidor C, Leroyer A, Christophe V, Sillier M, Foncel J, Van de Maële J, et al. Decrease social inequalities return to work : developement and design of a randomised controlled trial among women with breast cancer. *BMC Cancer*. 2014.doi : 10.1186/1471-2407-14-267
17. De Blasi G, Bouteyre E, Bretteville J, Boucher L, Rollin L. Multidisciplinary departement of return to work after cancer : A french experience of support groups for vocational rehabilitation. *J psychosoc oncol*. 2014; 32(1):74-93.
18. Berglund G, Bolund C, Gustavsson UL, Sjoden PO. Starting again : A comparison study of a group rehabilitation program for cancer patients. *Acta Oncol*. 1993 ; 32 (1) : 15-21.
19. Berglund G, Bolund C, Gustavsson UL, Sjoden PO. A randomizes study of a rehabilitation program for cancer patients: the Starting again group. *Psycho-Oncology*. 1994; 3:109-20.
20. Bertheussen GF, Stein K, Hokstad A, Sandmael JA, Helbostad JL, Slavesen O, et al. Feasibility and changes in symptoms and functioning following inpatient cancer rehabilitation. *Acta Oncol*. 2012 ; 51:1070-80.
21. Torp S, Nielsen RA, Gudbergsson SB, Dahl AA. Worksite adjustments and work ability among employed cancer survivors. *Support care cancer*. 2012; 20:2149-56.
22. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Taskila T, Frings-Dresen MHW. Enhancing return to work in cancer patients, development of an intervention and design of a randomised controlled trial. *BMC Cancer*. 2010. doi : 10.1186/1471-2407-10-345
23. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Bos MEM, Fons G, Kitzen JJEM, Plaisier PW, et al. A hospital-based work support intervention to enhance the return to work of cancer patients: A process evaluation. *J Occup Rehabil*. 2012; 22 (4) : 565-78. doi : 10.1007/s10926-012-9372-2
24. Tamminga SJ, Verbeek JHAM, Bos MEM, Fons G, Kitzen JJEM, Plaisier PW, et al. Effectiveness of a hospital-based work support intervention for female cancer patients: A multi-centre randomised controlled trial. *PLoS ONE*. 2013. doi : 10.1371/journal.pone.0063271
25. Groeneveld IF, de Boer AGEM, Frings-Dresen MHW. Physical exercise and return to work: cancer survivors' experiences. *J Cancer Surviv*. 2013; 7(2):237-46.
26. Nieuwenhuijsen K, Bos-Ransdorp B, Uitterhoeve LLJ, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. Enhanced provider communication and patient education regarding return to work in cancer survivors following curative treatment : A pilot study. *J Occup rehabil*. 2006; 16(4):647-57.

27. Thijs KM, de Boer AGEM, Vreugdenhil G, van de Wouw AJ, Houterman S, Schep G. Rehabilitation using high-intensity physical training and long-term return to work survivors. *J Occup Rehabil.* 2012; 22(2):220-9.
28. Mehnert A et Koch U. Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study. *Scand J Work Environ Health.* 2013; 39 (1) : 76-87. doi : 10.5271/sjweh.3291
29. Sach SH, Davis JM, Reynolds SA, Spagnola M, Hall P, Bloch A. Postmastectomy rehabilitation in a community hospital. *J Family Pract.* 1980; 11(3):395-401.
30. Capone MA, Good RS, Westie KS, Jacobson AF. Psychosocial rehabilitation of gynecologic oncology patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 1980 ; 61:128-32.
31. Gordon WA, Freidenbergs I, Diller L, Hibbard M, Wolf C, Levine L, et al. Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients. *J Consult Clin Psychol.* 1980 ; 48 (6) : 743-59.
32. Sandberg JC, Strom C, Arcury TA. Strategies used by breast cancer survivors to address work-related limitations during and after treatment. *Women's Health Issues.* 2014; 24(2):197-204.
33. Nowrouzi B, Lightfoot N, Cote K, Watson R. Workplace support for employees with cancer. *Curr oncol.* 2009; 16(5):15-22.
34. Knauf MT, Schultz IZ. Current conceptual models of return to work. In : Schultz IZ, Gatchel RJ, éditeurs. *Handbook of return to work.* New York (États-Unis) : Springer Science+Business Media; 2016. pp. 27-51.
35. Pransky G, Shaw W, Franche R, Clarke A. Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers: current models and opportunities for improvement. *Disabil Rehabil.* 2004; 26(11):625-34.
36. Schultz IZ, Crook J, Meloche G, Berkowitz J, Milner R, et al. Psychological factors predictive of occupational low back disability: Towards development of a return to work model. *Pain.* 2004 ; 107:77-85.
37. Durand MJ, Corbière M, Coutu MF, Reinhartz D, Albert V. A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work.* 2014; 48(4):579-89.
38. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Managing long term sickness absence and incapacity of work. London (Royaume-Uni) : National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ; 2009. 86 p.
39. Dupin CM, Breton E, Kivits J, Minary L. Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. *Santé publique.* 2015 ; 27 (5) : 653-657.
40. Pagani V, Kivits J, Minary L, Cambon L, Claudot F, Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé Publique.* 2017 ; 29 (1), : 31-39.

41. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. In : Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, éditeurs. L'évaluation : concepts et méthodes. Montréal (Canada) : Les presses de l'Université de Montréal ; 2011. pp. 49-70.

4.2.1 Synthèse des résultats de l'objectif 2

L'objectif 2 a permis d'établir plusieurs constats qui doivent être considérés lors de la modélisation d'une intervention pour la réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein. Tout d'abord, il apparaît que ces interventions sont de nature complexe et qu'elles devraient donc être développées et évaluées de façon à tenir compte de cette caractéristique. Ensuite, un autre constat suggère de s'éloigner du modèle biomédical en incluant les milieux de travail dans les interventions. Le dernier constat traduit l'importance de développer une théorie d'intervention pour permettre d'anticiper les liens logiques entre les composantes et les bénéfices souhaités tout comme les possibles interactions, positives ou négatives, entre les composantes.

4.3 Comparaison et intégration des résultats des objectifs 1 et 2

La comparaison et l'intégration des résultats des objectifs 1 et 2 ont permis de formuler certains constats. Un premier constat est qu'il semble exister un écart entre le contenu des interventions visant le retour et le maintien au travail des survivantes du cancer et les facteurs identifiés comme importants par les survivantes du cancer du sein rencontrées pour cette étude de cas. En effet, les interventions étudiées semblent majoritairement cibler la qualité de vie et la reprise des activités quotidiennes, dont la reprise du travail. Cette dernière apparaît donc comme une activité parmi tant d'autres, sans que ses particularités ne fassent l'objet d'une considération marquée. Ainsi, très peu d'interventions semblent avoir été élaborées spécifiquement pour la reprise du travail. Dans les interventions répertoriées pour cette étude, la reprise du travail apparaît donc perçue comme dichotomique, être ou non au travail, et non comme un processus impliquant une réappropriation du travail. D'ailleurs, aucune intervention étudiée ne rapporte cibler et intervenir spécifiquement sur le maintien du rôle de travailleuse, élément ressorti comme particulièrement important pour une réappropriation du travail. Un deuxième constat ressorti est que les milieux de travail semblent encore très peu mobilisés dans les interventions visant le retour et le maintien au travail après un cancer du sein. Les interventions proposées semblent donc refléter un modèle biomédical, centré sur l'individu et peu en relation avec son environnement de travail. En

effet, la responsabilité d'interagir avec le milieu de travail paraît revenir majoritairement à la survivante. Par exemple, dans certaines interventions, la survivante se fait conseiller de parler à son employeur pour établir un plan de RAT ou prévoir des rencontres de suivi. Or, les propos des survivantes du cancer du sein rencontrées suggèrent l'importance de l'implication de l'employeur et des collègues et de leur appréciation lorsque l'employeur initie certaines démarches.

Les constats mentionnés ci-haut et l'utilisation des tableaux synoptiques ont ensuite permis d'identifier les éléments constitutifs d'une proposition d'intervention, disponible à l'annexe 13.

4.4 Objectif 3 : Apprécier la pertinence et l'applicabilité de l'intervention auprès d'experts du terrain

La proposition d'intervention a été présentée à des experts du terrain dans le cadre de l'objectif 3.

Quatre experts du terrain ont été rencontrés à deux reprises. Ces experts du terrain ont d'abord été choisis parce qu'ils pourraient éventuellement être impliqués dans la mise en œuvre de l'intervention. De plus, la sélection de ces experts a été guidée par le fait qu'ils avaient des expertises complémentaires dans les domaines de l'oncologie et de la gestion des absences et du retour au travail. Il s'agissait d'un oncologue et un infirmier pivot, ayant de l'expérience à titre de cliniciens, d'un directeur d'organisme de soutien pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, ayant de l'expérience dans le soutien de survivants envisageant une reprise du travail et finalement, d'un responsable de la gestion des absences et du retour au travail dans une municipalité ayant de l'expérience à titre de représentant d'un employeur.

Lors de la première rencontre, la proposition d'intervention (annexe 13) a été présentée aux experts. Celle-ci comprenait l'effet, les résultats et les produits de l'intervention. Après la présentation de la proposition d'intervention, il a été demandé aux experts du terrain

d'apprécier sa pertinence et de suggérer des formes d'activités pouvant, selon eux, engendrer les produits identifiés. Lors de la deuxième rencontre, les experts du terrain ont été invités à commenter la pertinence et l'applicabilité de l'intervention modélisée, comprenant les activités.

Les trois sections suivantes rapportent les résultats de l'objectif 3. La première section porte sur l'appréciation de la pertinence de la proposition d'intervention. La deuxième section présente les formes d'activités suggérées par les experts rencontrés. La troisième section rapporte l'appréciation de la pertinence et de l'applicabilité de l'intervention modélisée avec les activités. Pour faciliter la compréhension, des acronymes ont été utilisés pour identifier l'auteur de chacun des verbatim alors que les chiffres 1 et 2 indiquent lors de quelle rencontre ces verbatim ont été obtenus.

4.4.1 *Appréciation de la pertinence de la proposition d'intervention*

Les propos des experts du terrain ont été particulièrement convergents. En effet, les experts rencontrés ont affirmé que les éléments dégagés des deux premiers objectifs étaient pertinents.

« Tout à fait, oui [c'est pertinent]. Sachant puis en lisant juste le résumé et en lisant un petit peu, l'autre fois je suis tombée sur un article fait par l'Université de Sherbrooke, c'était des infirmières en oncologie, et justement, on parlait de ça, la fatigue, le retour au travail des personnes... les gens subissent les "contrecoups", d'avoir eu un cancer, les traitements, etc. » (FC1)

« Eh, oui c'est sûr qu'elles ont besoin... elles vont faire le grand saut elles-mêmes... alors qu'elles étaient très entourées, à tous les jours ou toutes les semaines, du jour au lendemain, elles se retrouvent dans un vide puis en plus, on va leur demander de faire un 2e grand saut qui est celui d'aller au travail. Et elles ne sont pas très accompagnées c'est sûr. Ces questionnements qu'elles ont individuellement, sont des questionnements collectifs et qui sont présents chez

toutes les femmes... c'est important à savoir... c'est une problématique commune. » (DRI)

4.4.2 Suggestions de formes d'activités pour une intervention applicable

Les suggestions de formes d'activités ont aussi été très similaires d'un expert à l'autre. Ainsi, deux formes d'activités ont été suggérées pour rendre applicable l'intervention proposée : 1) l'envoi d'un guide à l'intention du supérieur immédiat et 2) la remise d'un guide à la survivante. Les experts du terrain ont aussi proposé que ces outils puissent prendre deux formes différentes : papier ou site web.

« ... quelque chose de papier, ça c'est sûr... sachant qu'une personne retient, je ne m'en souviens plus..., x pour cent quand on écoute seulement, c'est sûr qu'elle pourra pas avoir tout compris, tout saisi avec tout ce qu'elle vit aussi... un document, aide-mémoire ou des ressources hyperliens vers différents sites... » (MT1)

« ... moi j'imagine ça probablement comme un petit livret support, parce que, assez rapide... Il peut y avoir aussi comme autre outil, le lien Internet, les gens maintenant sont quand même assez connectés... et un lien informatique pourrait être intéressant. » (DRI)

Ces suggestions ont ainsi permis d'ajouter des activités à la proposition d'intervention afin de compléter la modélisation.

Un des cliniciens a aussi suggéré qu'un guide puisse soutenir le supérieur immédiat et la survivante dans la préparation du processus de réappropriation du travail par le développement d'un plan de retour au travail et par le soutien de la survivante dans l'auto-évaluation de certaines conséquences du cancer et de ses traitements telles la fatigue et la douleur.

« [Le guide va aider...]... le développement d'un plan de retour au travail, ça c'est clair. Et, puis l'importance puis la pertinence de bien documenter les symptômes de fatigue et de douleur, ça c'est important. » (IP1)

Cette dernière suggestion a permis d'apporter une précision au produit « préparation bipartite, entre l'employeur et la survivante, des phases de RAT et de MAT ». Puisque les propos de cet expert du terrain semblaient soutenir l'importance que la préparation bipartite soit orientée vers le développement d'un plan de RAT, le produit a été modifié pour intégrer cet élément.

4.4.3 *Appréciation de la pertinence et l'applicabilité de l'intervention modélisée*

Pour la pertinence, les verbatim qui suivent reflètent qu'une telle intervention est perçue favorablement par les experts du terrain consultés. Selon eux, l'intervention telle que modélisée permettrait de favoriser le processus de réappropriation du travail des survivantes, et ce, sans être redondante avec d'autres interventions déjà en place.

« ... cette ressource-là [outil] peut faire un lien aussi entre elle puis son médecin, elle et son employeur, son gestionnaire ou avec l'assureur, pour l'aider, pour comprendre parce que des fois, il y a beaucoup de stress qui se vit à ce moment-là. » (MT2)

« ... faut qu'il [l'outil] soit visible, puis les femmes ça va leur permettre de commencer à réfléchir à ça puis de voir qu'il y a quelque chose pour les soutenir, ça va être rassurant pour elles... c'est un projet, c'est merveilleux, ça MANQUAIT, il n'y avait rien, il n'y avait rien, ça manquait. » (IP2)

En regard à l'applicabilité de l'intervention modélisée, un enjeu a été formulé lors des entrevues : celui des ressources. En effet, il semble difficile d'identifier le ou les acteurs qui pourraient soutenir une telle intervention. Par exemple, qui remettra les guides à

l'employeur et la survivante ? Ainsi, il pourrait être nécessaire de prévoir divers canaux pour s'assurer de mieux rejoindre ces derniers.

« ... est-ce que c'est l'infirmière du centre de chimio qui doit remettre ça [les informations et outils], est-ce qu'elle va y penser... ou la pharmacienne... quand c'est le dernier traitement, souvent c'est plus difficile, l'infirmière elle va tu y penser? ... peut-être le médecin lors du dernier traitement? ... l'infirmière pivot, on peut bien le remettre, mais moi je les vois pas toutes les patientes, donc je vais passer à côté d'un tas de patientes... » (IP2)

En somme, les experts du terrain rencontrés proposent que des outils à l'intention de l'employeur et de la survivante pourraient être des formes d'activités cohérentes à intégrer dans l'intervention. De plus, l'intervention modélisée leur paraît pertinente. Toutefois, un enjeu de ressources a été soulevé concernant son applicabilité.

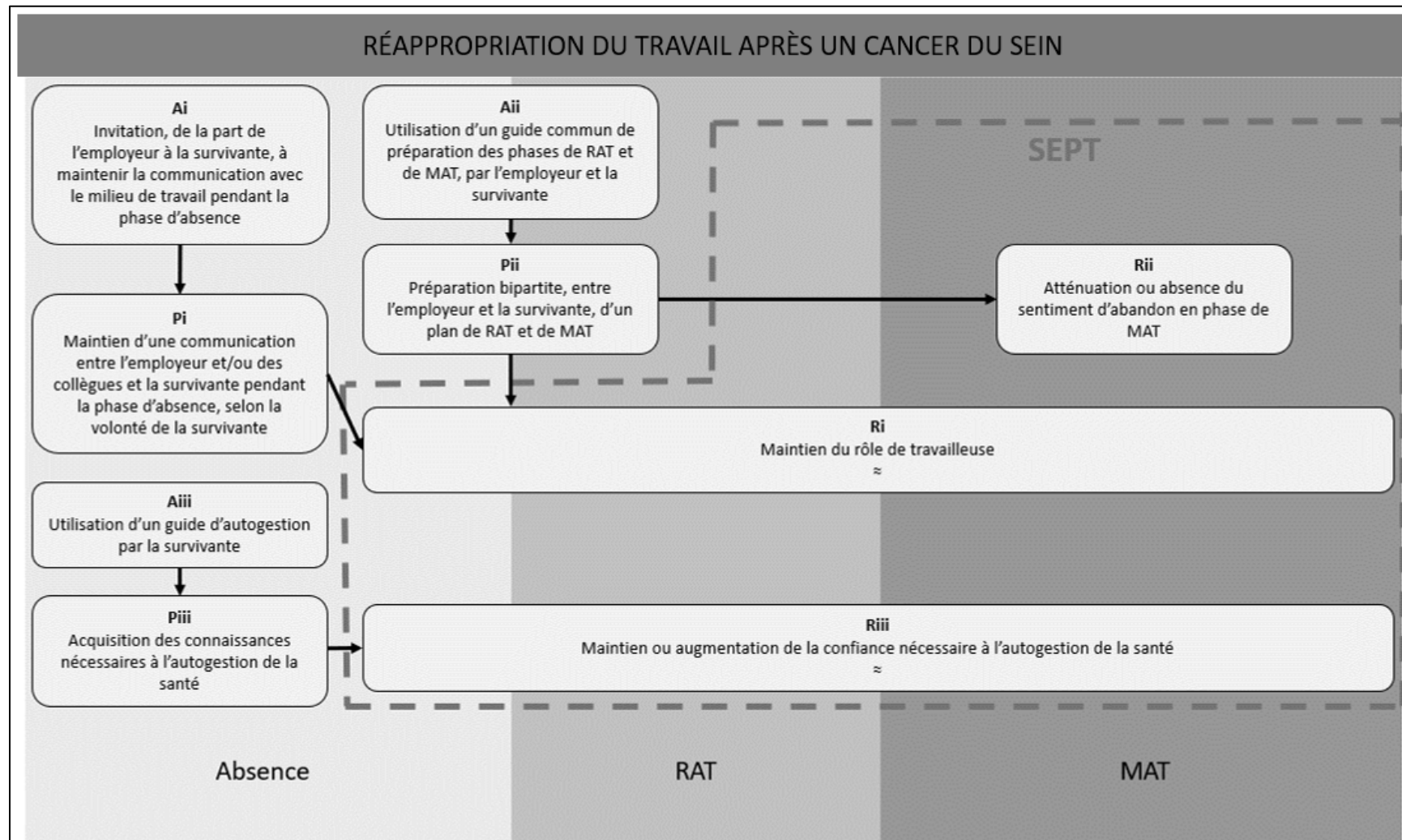
4.5 Modélisation de l'intervention sous forme d'un modèle logique

Le but de cette étude était la modélisation d'une intervention visant la réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein. La figure 8 présente l'intervention sous la forme d'un modèle logique selon une approche inspirée de la *WK Kellogg Foundation* (2004). Cette approche permet de structurer et d'organiser les éléments constitutifs de l'intervention et de la représenter de façon visuelle et systématique.

Le modèle logique (Figure 8) comprend quatre catégories d'éléments : activités, produits, résultats et effet. Chacune se décline en des éléments constitutifs, identifiés avec la première lettre du nom de la catégorie suivie d'un symbole « i, ii ou iii » (ex. pour la catégorie « activités », les éléments constitutifs sont identifiés « Ai », « Aii » et « Aiii »). Chaque élément constitutif est délimité par un trait. Des flèches indiquent le sens logique des liens entre les activités, les produits, les résultats et l'effet. Le symbole \approx , dans la colonne des résultats, indique qu'il s'agit de processus plutôt que d'événements ponctuels. Finalement,

dans la figure 8, le terme « employeur » réfère au supérieur immédiat ou au représentant des ressources humaines par exemple.

Figure 8
Modèle logique de l'intervention



L'effet attendu de l'intervention est la réappropriation du travail après un cancer du sein. Les écrits scientifiques présentés au chapitre 2 de cette thèse ont fait ressortir que, pour reprendre et se maintenir au travail après un cancer du sein, les survivantes devaient se réapproprier leur travail c'est-à-dire se « l'approprier à nouveau ». D'ailleurs, les résultats de cette étude convergent avec les études antérieures sur le point que la réappropriation du travail est bien plus qu'une reprise de tâches. En effet, c'est aussi la reprise d'un rôle, tel que souhaité par la survivante. Les écrits suggèrent aussi que cette réappropriation du travail passe par un processus comprenant trois phases : l'absence, le RAT et le MAT. Le libellé de l'effet de l'intervention prend donc sa source dans ces constats.

Les résultats ciblés par l'intervention sont le maintien du rôle de travailleuse pendant les trois phases du processus (Ri), l'atténuation ou l'absence du sentiment d'abandon en phase de MAT (Rii) et le maintien ou l'augmentation de la confiance nécessaire à l'autogestion de la santé (Riii). À titre de rappel, dans cette thèse, le maintien du rôle de travailleur durant l'absence revient à garder ce rôle intégré à l'ensemble des rôles que la personne assume dans sa vie (parent, sœur, citoyen, etc.), pendant chacune des phases du processus. Ces résultats proviennent de la comparaison et l'intégration des résultats des objectifs 1 et 2. Les experts rencontrés lors de l'objectif 3 ont suggéré que ces résultats sont pertinents.

Dans les paragraphes suivants, les autres éléments constitutifs du modèle sont décrits selon une approche inspirée des lignes directrices pour la présentation d'interventions complexes (Möhler *et al.*, 2015). Il s'agit : a) d'une description des assises théoriques de l'intervention, b) d'une description des composantes de l'intervention et de leur raison d'être et c) d'une illustration des interactions attendues entre les composantes.

Pour atteindre le résultat de maintien du rôle de travailleuse pendant les trois phases du processus (Ri), le modèle logique d'intervention propose deux produits. Tout d'abord, le maintien d'une communication, entre l'employeur et/ou des collègues et la survivante, pendant la phase d'absence, selon la volonté de la survivante (Pi) est proposé. Ce choix provient des résultats de l'objectif 1 qui ont suggéré que le maintien d'une communication

entre l'employeur et/ou des collègues et la survivante pendant phase d'absence pouvait contribuer au maintien du rôle de travailleuse pendant cette même phase. Or, il semble aussi que pour que cette influence soit positive, le maintien de cette communication doit être désiré par la survivante. Ainsi, la volonté de la survivante à maintenir une communication est intégrée au libellé du produit « Pi ».

Certaines participantes rencontrées dans le cadre de l'objectif 1 ont souligné qu'elles avaient particulièrement apprécié lorsque c'est l'employeur qui avait initié la communication pendant la phase d'absence. Cette initiative semblait signifier pour elles que leur employeur reconnaissait leur importance en tant que travailleuse. Ainsi, une invitation, de la part de l'employeur à la survivante, à maintenir la communication avec le milieu de travail pendant la phase d'absence (Ai) a été choisie comme activité pour arriver au produit « Pi ». Lors de cette invitation, l'employeur et la survivante pourraient établir par consensus un plan de communication comprenant la ou les personnes qui maintiendront cette communication ainsi que le moment, la fréquence et la forme (courriel, téléphone, visite) de communication souhaitée. Cette activité permet d'autant plus la mobilisation du milieu de travail.

Le deuxième produit pour atteindre le résultat de maintien du rôle de travailleuse (Ri) est une préparation bipartite, entre l'employeur et la survivante, d'un plan de RAT et de MAT (Pii). Les résultats de l'étude de cas révèlent que les survivantes qui ont préparé leur phase de RAT avec l'employeur ont perçu cette pratique de façon favorable. Cette pratique leur avait donné l'impression qu'elles faisaient toujours partie de l'équipe et donc qu'elles gardaient leur rôle de travailleuse. De plus, cette préparation les avait rassurées en leur permettant de mieux anticiper le contexte dans lequel leur retour allait se dérouler.

En lien avec le produit « Pii », l'utilisation d'un guide commun de préparation des phases de RAT et de MAT, par l'employeur et la survivante (Aii) a été intégrée dans les activités de l'intervention modélisée. Cette proposition repose sur plusieurs constats. D'abord, les experts du terrain rencontrés dans le cadre de l'objectif 2 ont proposé l'utilisation d'un guide commun entre la survivante et l'employeur. Ainsi, l'activité « Aii » est en lien avec cette suggestion. Ensuite, certaines participantes ont rapporté avoir manqué

d'informations quant au processus de réappropriation du travail tel que les stratégies pouvant être mises en place pour le favoriser. Elles ont aussi suggéré que certains collègues, ne semblant pas savoir comment les soutenir, en faisaient trop ce qui leur renvoyait une image négative d'elles-mêmes en tant que travailleuses. L'activité « Aii » pourrait donc permettre une certaine planification des stratégies nécessaires et souhaitées par la survivante pour soutenir le processus de réappropriation du travail. Cette planification pourrait favoriser le maintien du rôle de travailleuse pendant les phases de RAT et de MAT. De plus, comme rapporté dans le premier article, il apparaît que la flexibilité au regard des horaires a été offerte par les employeurs en phase de RAT. Or selon les écrits scientifiques, plusieurs autres aménagements de travail sont aussi possibles. Ces résultats suggèrent donc que les employeurs pourraient bénéficier de plus d'informations concernant les besoins des survivantes du cancer du sein pendant le processus de réappropriation du travail. Enfin, la présente étude révèle que les interventions étudiées pour le retour et le maintien au travail après un cancer s'inscrivent majoritairement dans un modèle biomédical. Ainsi, ces interventions se déploient en milieu clinique et visent la gestion de la maladie et de ses conséquences. Or, les résultats suggèrent aussi la nécessité d'intégrer le milieu de travail dans les interventions. L'utilisation d'un guide commun dans le cadre de l'activité « Aii » semble être prometteuse pour favoriser la participation des milieux de travail. Cet outil pourrait être utilisé lors d'une rencontre formelle préparatoire à la phase de RAT entre l'employeur et la survivante et servir de trame au développement d'un plan de RAT et de MAT personnalisé. L'outil pourrait, entre autres, adresser l'impact de certains traitements sur les capacités, les difficultés envisagées, les adaptations possibles, les tâches et horaires qui pourraient correspondre aux capacités de la survivante, le contenu de l'annonce aux collègues (ce qui sera divulgué ou non) ainsi que la fréquence et la forme des suivis souhaités en phase de RAT et de MAT.

L'activité « Aii » et le produit « Pii » sont aussi liés au résultat d'atténuation ou absence du sentiment d'abandon en phase de MAT (Rii). Les résultats de l'objectif 1 ainsi que les écrits scientifiques présentés au chapitre 2 soutiennent l'importance d'un suivi de la part de l'employeur lors de la phase de MAT. En effet, certaines participantes ont mentionné avoir perçu une baisse de soutien en phase de MAT. Certaines d'entre elles ont d'ailleurs

mentionné ne pas avoir été informées de la possibilité que des conséquences du cancer et des traitements persistent à long terme et soient encore présentes lors de la phase de MAT. L'activité « Aii » et le produit « Pii » intègrent donc aussi la phase de MAT afin de favoriser un suivi durant cette phase et, ainsi, atténuer le sentiment d'abandon des survivantes.

Pour atteindre le résultat de maintien ou augmentation de la confiance nécessaire à l'autogestion de la santé (Riii), le modèle logique d'intervention propose l'acquisition des connaissances nécessaires à l'autogestion de la santé (Piii). Les propos des participantes rencontrées pour l'objectif 1 proposent que la présence des conséquences liées au cancer et à ses traitements avait pu nuire aux processus de réappropriation du travail. Les participantes ont rapporté la volonté d'être mieux outillées pour la gestion de ces conséquences. Or, elles ont aussi rapporté le souhait d'être outillées pour la reprise des activités de la vie quotidienne. Les écrits actuels (chapitre 2) soulignent que la reprise du travail pour une personne survivante du cancer représente non seulement la réduction des symptômes, mais aussi un retour aux activités régulières et à la santé plus globale. Ainsi, les résultats de l'étude de cas et les écrits actuels convergent et soutiennent la distanciation avec la conceptualisation plus classique de la santé, caractérisée par l'absence de maladie, au profit d'une vision plus actuelle. En effet, la conceptualisation de la santé à laquelle les participantes semblent adhérer peut se traduire par la capacité à s'adapter et à gérer les défis tant sociaux, physiques qu'émotionnels qui se présentent à soi. Ainsi, pour être convergent avec la volonté des survivantes d'être outillées et la conceptualisation de la santé présentée précédemment, le produit « Piii » suggère l'acquisition de connaissances permettant l'autogestion de la santé. L'autogestion se définit comme l'ensemble des actions et des capacités d'un individu, associées aux traitements et aux habitudes de vie, pour gérer les symptômes et les conséquences d'une maladie chronique. Les résultats proposent que l'autogestion de la santé puisse être liée à un sentiment de reprise de contrôle face aux conséquences du cancer et des traitements ainsi que sa santé. Cette reprise de contrôle pourrait contribuer à maintenir ou augmenter la confiance nécessaire à la gestion des symptômes et des habitudes de vie. Ainsi, le produit « Piii » s'inscrit dans ce courant visant non seulement l'acquisition de connaissances quant à l'autogestion du cancer et de ses traitements, mais aussi de la santé plus globalement.

Les experts rencontrés dans le cadre de l'objectif 2 ont proposé l'utilisation d'un guide pour soutenir et informer la survivante. Un guide pourrait ainsi permettre d'avoir accès rapidement à l'information nécessaire, sans demander de tout mémoriser. Ainsi, l'utilisation d'un guide d'autogestion par la survivante (Aiii), permettant une acquisition des connaissances nécessaires à l'autogestion de la santé (Piii), a été intégrée au modèle logique de l'intervention.

Les résultats de l'étude ont permis de faire émerger le concept de SEPT. En effet, il semble que les résultats poursuivis par l'intervention (Ri, Rii et Riii) pourraient interagir de façon dynamique et influencer le SEPT. La façon avec laquelle les résultats de l'intervention interagissent n'a pas pu être identifiée dans le détail. Toutefois, les résultats proposent que le maintien du rôle de travailleuse (Ri) puisse être associé au maintien de la perception d'être capable de retourner et se maintenir au travail. En effet, le maintien du rôle de travailleuse semble encourager la survivante à percevoir le retour et le maintien au travail comme des objectifs réalisables et favoriser l'engagement de celle-ci dans des stratégies pour les atteindre. Ensuite, il semble qu'une atténuation ou une absence du sentiment d'abandon en phase de MAT (Rii) puisse influencer positivement le SEPT en favorisant la perception de la survivante que, même en phase de MAT, les demandes du travail peuvent continuer à être compatibles avec ses capacités. Enfin, les résultats proposent que le maintien ou augmentation de la confiance nécessaire à l'autogestion de la santé puisse être lié à un sentiment de reprise de contrôle face aux conséquences du cancer et des traitements ainsi que sa santé. Cette reprise de contrôle pourrait donc contribuer au SEPT. Ainsi, les trois résultats (Ri, Rii et Riii) pourraient interagir, en s'influçant mutuellement, pour augmenter le sentiment d'efficacité personnelle face au travail et agir sur l'effet recherché soit la réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein.

5. DISCUSSION GENERALE

La présente étude avait pour but de modéliser une intervention visant la réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein. Les objectifs étaient : 1) identifier les facteurs et décrire les interrelations qui auront une influence sur le processus de réappropriation du travail à la suite d'un cancer du sein, 2) identifier les interventions étudiées visant le retour et le maintien au travail des survivants du cancer et 3) apprécier la pertinence et l'applicabilité de l'intervention auprès d'experts du terrain.

La discussion générale est complémentaire à celles figurant dans les deux articles publiés inclus dans cette thèse. Elle est présentée en cinq sections. La première porte sur les caractéristiques de l'intervention développée. La deuxième section traite des approches méthodologiques utilisées pour la modélisation de l'intervention. La troisième section aborde les forces et les limites de l'étude alors que la quatrième et la cinquième suggèrent respectivement des constats en regard de la pratique et des pistes pour les recherches futures.

5.1 Les caractéristiques de l'intervention développée

La présente étude a mené au développement d'une intervention complexe adaptée aux différentes phases du processus de réappropriation du travail après un cancer du sein. Cette intervention, au même titre que les autres interventions complexes, se veut contextualisée et aborde les phases d'absence, de RAT et de MAT selon une perspective qui tient compte de la globalité de la personne en survivance du cancer. Ainsi, l'intervention issue de cette étude se distingue de la majorité des autres interventions présentes dans les écrits scientifiques par trois caractéristiques : 1) une concertation entre l'employeur et la survivante dès la phase d'absence, 2) une conceptualisation de la santé de la survivante allant plus loin que la gestion des symptômes et 3) la suggestion d'une interaction dynamique entre les résultats (Ri, Rii, Riii) influençant le SEPT. Dans la section qui suit, ces caractéristiques seront présentées et discutées en considérant les écrits scientifiques.

D'abord, les résultats de la modélisation ont suggéré le développement d'une intervention favorisant une concertation entre l'employeur et la survivante dès la phase d'absence. Les interventions décrites dans les écrits scientifiques pour favoriser le retour et le maintien au travail après un cancer s'inscrivent majoritairement dans un modèle biomédical (Caron *et al.*, 2017). Pour une reprise du travail après une absence prolongée, ce modèle appelle principalement au développement d'interventions impliquant la survivante et un ou plusieurs professionnels de la santé (par exemple : médecin traitant, infirmière et physiothérapeute). Les décisions en lien avec le processus de réappropriation du travail sont alors basées avant tout sur des facteurs médicaux telle la fin des traitements (Caron *et al.*, 2017; Knauf *et al.*, 2016). Or, la revue des écrits présentée au chapitre 4 ainsi que d'autres écrits actuels montrent que le contexte dans lequel la personne évolue est très peu abordé dans ce type d'intervention (Bilodeau *et al.*, 2017; Caron *et al.*, 2017).

Plusieurs auteurs suggèrent que la contextualisation d'une intervention complexe est incontournable lors de son développement puisque cette dernière est, par définition, sensible au contexte dans lequel elle se déploie (Bleijenberg *et al.*, 2018; Moore *et al.*, 2015). Il est donc important de bien comprendre le contexte et d'adapter l'intervention à celui-ci lors de la phase de développement (Bleijenberg *et al.*, 2018; Moore *et al.*, 2015). L'importance de la contextualisation de l'intervention fait écho à celle de considérer le milieu de travail. Cette dernière a été largement soulignée par les nombreux écrits abordant les facteurs contextuels pouvant influencer le processus de réappropriation du travail après un cancer (Armaou *et al.*, 2018; Brusletto *et al.*, 2018; Greidanus *et al.*, 2018; Tiedtke *et al.*, 2017). Les auteurs de ces travaux ont appuyé l'intérêt d'intégrer les acteurs du milieu de travail (employeur et collègues) dans le processus même, ce qui est convergent avec les résultats de l'étude de cette thèse. En effet, les participantes ont rapporté la contribution favorable du milieu de travail et de ces acteurs dans le processus de réappropriation du travail. Or, malgré les constats précédents, il semble que peu d'interventions développées pour le retour et le maintien au travail après un cancer ne comprennent une concertation entre l'employeur et la survivante et ce, dès la phase d'absence du processus (Bilodeau *et al.*, 2017; Caron *et al.*, 2017; de Boer *et al.*, 2015). Par ailleurs, le maintien d'une communication avec le milieu de travail pendant la phase d'absence ainsi qu'une préparation du retour au travail avant celui-

ci sont recommandés pour la reprise du travail après un trouble musculosquelettique ou de santé mentale (Durand *et al.*, 2014; Higgins *et al.*, 2015; Sylvain *et al.*, 2018). Tout comme pour le cancer, ces problèmes de santé peuvent entraîner une absence prolongée du travail chez les personnes et la reprise du travail est souvent difficile et comporte de nombreux défis. Ainsi, ces recommandations peuvent être transposées au processus de réappropriation du travail après un cancer et l'intervention développée est en phase avec ces pratiques reconnues. En conséquence, les résultats de la présente étude suggèrent donc que de favoriser une concertation entre l'employeur et la survivante dès la phase d'absence est un apport intéressant par rapport aux interventions recensées dans les écrits scientifiques.

Une deuxième caractéristique de l'intervention est sa conceptualisation de la santé qui réfère au concept proposé par Huber (2014), soit la capacité d'un individu à s'adapter et autogérer les défis sociaux, physiques et émotionnels qui se présentent à lui. Dans la présente étude, les participantes ont rapporté la volonté d'être outillées pour la gestion des conséquences du cancer et des traitements, mais aussi pour la reprise des activités de la vie quotidienne. Plusieurs interventions étudiées pour le retour et le maintien au travail après un cancer comprennent une activité visant, entre autres, à soutenir les personnes survivantes dans la gestion de leurs symptômes (Bains *et al.*, 2011; Tamminga *et al.*, 2010; Tamminga *et al.*, 2016; Vidor *et al.*, 2014). Aucune n'a démontré de résultat significatif sur le retour au travail. Toutefois, il est important de souligner que ces interventions comprenaient de multiples composantes et qu'il est donc difficile d'isoler l'effet ou le manque d'effet d'une seule d'entre elles (Bleijenberg *et al.*, 2018; Craig *et al.*, 2008). Contrairement à ces interventions, celle développée dans cette thèse vise l'autogestion de la santé, ce qui propose d'aller plus loin que l'éducation du patient sur la gestion de symptômes. En effet, l'autogestion permet au patient d'acquérir les informations, les habiletés et la confiance nécessaires à la gestion de ses symptômes, mais aussi de ses habitudes de vie (Lorig *et al.*, 2015). L'autogestion de la santé est ainsi en cohérence avec la conception de la santé de la survivante proposée précédemment. Elle fait d'ailleurs partie des pratiques reconnues en matière de maladie chronique (McCorkle *et al.*, 2011; Miller *et al.*, 2015). Or, avec les avancées de la médecine et l'augmentation du nombre de survivantes, le cancer du sein est désormais considéré comme une maladie chronique. L'Organisation mondiale de la Santé

(OMS) définit la maladie chronique comme un problème de santé non transmissible, évoluant souvent lentement, mais de façon irréversible et dont les causes sont multiples et complexes (OMS, 2011). Cette conceptualisation de la survivance au cancer du sein s'apparentant à une maladie chronique permet entre autres de mettre de l'avant la possibilité que certaines conséquences de l'expérience du cancer puissent continuer à long terme et même avoir une certaine permanence. Ce constat fait écho aux résultats de la présente étude qui suggèrent que les conséquences du cancer et de ses traitements puissent toujours être présentes, des années après la fin des traitements. Ainsi, l'autogestion de la santé pourrait être une façon de favoriser la santé à long terme, malgré la présence de ces conséquences. Par ailleurs, l'autogestion en matière de santé est de plus en plus étudiée en contexte de cancer (Foster *et al.*, 2016; Kim *et al.*, 2017; Kim *et al.*, 2018; McCorkle *et al.*, 2011; Melissant *et al.*, 2018). Toutefois, les études portant sur l'autogestion de la santé en contexte de processus de réappropriation du travail après un cancer semblent encore inexistantes. Ainsi, d'intégrer l'autogestion de la santé à une intervention pour favoriser le processus de réappropriation du travail après un cancer du sein est original tout en étant en convergence avec les pratiques reconnues en matière de maladie chronique.

Une dernière caractéristique de l'intervention développée est qu'elle suggère que les résultats poursuivis (Ri, Rii, Riii) puissent interagir de façon dynamique et ainsi influencer le SEPT. Ce dernier est identifié dans le modèle conceptuel intégrateur qui a guidé la présente étude (Figure 5). Le modèle proposait que le SEPT puisse être une des caractéristiques de la travailleuse/survivante modifiables par une intervention individuelle visant la reprise du travail après un cancer. Au chapitre 2, certaines études portant sur des survivants de différents types de cancer suggéraient que le SEPT puisse être influencé par une gestion des symptômes, la perception de l'individu de ses capacités en lien avec les tâches au travail, la signification donnée au travail et par l'image que l'individu se fait de lui-même (rôles sociaux) (Bains *et al.*, 2012; Duijts *et al.*, 2017; Leensen *et al.*, 2017; Wells *et al.*, 2013). Les résultats de la présente étude soutiennent aussi que ces facteurs puissent avoir une influence sur le SEPT. Toutefois, les écrits scientifiques semblent décrire une influence linéaire de ces facteurs alors que les résultats de l'étude proposent plutôt un processus dynamique. Ainsi, l'influence semble provenir d'une interrelation entre ces facteurs, conçue non pas comme un

produit dans une mécanique linéaire, mais comme des processus dynamiques impliquant des multiplications plutôt que des additions, des boucles de rétroactions et des interactions multiples (Durand *et al.*, 2017).

L'association positive entre le SEPT et le retour au travail après certains problèmes de santé, tels les troubles musculosquelettiques ou de santé mentale, est largement étudiée (Black *et al.*, 2018; Duijts *et al.*, 2017). Par exemple, des chercheurs ont voulu déterminer si le SEPT était un prédicteur du délai avant la reprise du travail lors d'une absence prolongée pour divers problèmes de santé mentale ou physique (Volker *et al.*, 2015). Dans cette étude longitudinale, le retour au travail était considéré comme un phénomène isolé soit le premier jour du retour. Les résultats ont démontré que les participants avec un fort SEPT retournaient plus rapidement au travail (Volker *et al.*, 2015). Les auteurs ont donc conclu que le SEPT était un facteur prédictif de la durée d'absence du travail. Le cancer du sein menant souvent à une absence prolongée du travail, ces résultats semblent pertinents et potentiellement transposables à cette population. Or, le SEPT semble encore très peu étudié dans les études d'interventions pour le retour et le maintien au travail après un cancer. Ainsi, il semble qu'il puisse être un concept important à étudier pour le développement d'interventions favorisant le processus de réappropriation du travail après un cancer. D'ailleurs, la suggestion que le maintien du rôle de travailleuse, l'atténuation ou l'absence du sentiment d'abandon en phase de MAT et le maintien ou l'augmentation de la confiance nécessaire à la gestion des symptômes et habitudes de vie puissent interagir de façon dynamique et ainsi influencer le SEPT est un apport intéressant. En effet, il ouvre, entre autres, la porte à de nouvelles approches pour le développement d'interventions visant à favoriser le processus de réappropriation du travail après un cancer.

5.2 Les approches méthodologiques utilisées pour la modélisation de l'intervention

La présente étude avait pour but de modéliser une intervention visant la réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein. En comparant les caractéristiques générales des interventions complexes avec celles de la plupart des interventions décrites pour favoriser les phases de RAT et de MAT après un cancer, il est

possible de constater que ces dernières peuvent généralement être qualifiées de complexes. Toutefois, il semble que ces interventions n'aient pas été développées comme des interventions complexes. Or, certains auteurs suggèrent que les interventions complexes ne devraient pas être abordées, développées et évaluées de la même façon que les interventions simples (Bleijenberg *et al.*, 2018; Contandriopoulos *et al.*, 2012; Craig *et al.*, 2008; MRC, 2013). Ainsi, à la lumière de ces écrits, une méthode inspirée des recommandations du MRC pour le développement d'interventions complexes a été suivie pour la modélisation de l'intervention dans cette thèse (MRC, 2013). Pour la modélisation d'une intervention complexe, le MRC recommande qu'une première étape soit d'identifier les assises théoriques en menant des entretiens avec des parties prenantes et une revue des écrits (Bleijenberg *et al.*, 2018; MRC, 2013). Afin de prendre appui sur ces recommandations, un devis d'étude de cas a été utilisé et les objectifs de l'étude ont été élaborés en utilisant l'approche ARA. Cette approche préconise une consultation entre l'auteur d'une intervention et les utilisateurs potentiels. Ainsi, le choix de prendre appui sur ARA pour élaborer l'intervention a favorisé l'apport de différentes perspectives dans l'étude du processus de réappropriation du travail après un cancer du sein, tel que le suggère l'étude de cas. La suite de cette section rend compte de la façon avec laquelle ces choix méthodologiques ont pu influencer les résultats.

Le premier objectif était d'identifier les facteurs et décrire les interrelations qui auront une influence sur le processus de réappropriation du travail à la suite d'un cancer du sein. Ainsi, des survivantes du cancer du sein ont été rencontrées dans le cadre d'entrevues individuelles semi-dirigées. Ces consultations ont permis de favoriser l'ancrage de l'ensemble de la modélisation de l'intervention dans l'expérience de ces dernières et de considérer le contexte dans lequel l'intervention aurait potentiellement à se déployer (Bleijenberg *et al.*, 2018; Moore *et al.*, 2015; Sun *et al.*, 2017). Les survivantes ont vécu une expérience du cancer et de la réappropriation du travail qui n'est pas morcelée, mais bien continue dans le temps. Par ailleurs, cette vision de la réappropriation du travail est en phase avec les nombreux écrits soutenant que la réappropriation du travail à la suite d'un cancer devrait être abordée comme un processus (Sun *et al.*, 2017; Yarker *et al.*, 2010; Young *et al.*, 2005). Il semble donc que l'apport des survivantes a, en quelque sorte, forcé la perspective de processus de réappropriation du travail à l'intérieur de l'étude. Cependant, ce choix a aussi

entraîné certains défis, particulièrement lors du recrutement des survivantes. En effet, le recrutement de ces dernières ne fut pas facile et particulièrement long. Pour contrer cette difficulté, les participantes potentielles ont été identifiées à partir d'une liste d'anciennes clientes ayant utilisé les services d'hébergement d'un organisme en lien avec le cancer et par l'effet boule-de-neige.

Le deuxième objectif était d'identifier les interventions étudiées visant le retour et le maintien au travail des survivants du cancer. Les résultats de ce deuxième objectif ont permis d'avoir un autre point de vue du processus de réappropriation du travail, plus externe au vécu des survivantes, pour ainsi en approfondir sa description et sa compréhension.

Le troisième objectif était d'apprécier la pertinence et l'applicabilité de l'intervention auprès d'experts du terrain. Ces experts du terrain provenaient du domaine de l'oncologie ou de la gestion des absences en milieu de travail. Le choix de ces experts du terrain a permis de prendre en considération l'influence que le contexte peut avoir sur une intervention complexe. En effet, cette consultation a permis d'obtenir les perceptions d'experts du terrain qui pouvaient potentiellement être impliqués dans la mise en œuvre de l'intervention. Lors des consultations, les experts du terrain ont été invités à suggérer des formes d'activités et à commenter la pertinence et l'applicabilité de l'intervention. Il s'est cependant avéré que les experts du terrain rencontrés n'avaient peut-être pas l'expertise nécessaire pour proposer des suggestions d'activités. En effet, les experts du terrain ont proposé deux suggestions d'activités : 1) l'envoi d'un guide à l'intention du supérieur immédiat et 2) la remise d'un guide à la survivante. L'envoi et la remise de guides pour informer ou outiller a déjà été étudié dans divers contextes (ex. cliniques et milieu de travail) et avec plusieurs populations (ex. professionnels de la santé, employeurs, employés et survivants du cancer). Or, les études sur ce type d'activités tendent à démontrer des limites dans leurs effets (Bennan *et al.*, 2018; Rowe *et al.*, 2018; Shorthouse *et al.*, 2016). Néanmoins, le choix de consulter des experts du terrain a permis d'obtenir la perception d'utilisateurs potentiels des résultats de cette étude. Les critères de sélection de ces experts du terrain étaient donc cohérents avec les objectifs de cette thèse.

Les résultats des consultations suggèrent que l'intervention développée soit perçue par les experts du terrain comme ayant le potentiel de favoriser le processus de réappropriation du travail des survivantes du cancer. De plus, certains experts du terrain du domaine de l'oncologie ont proposé que cette intervention ne serait pas redondante avec d'autres interventions. Ces résultats peuvent ramener au concept de l'acceptabilité d'une intervention qui peut se définir comme un construit multifacettes reflétant à quel point les gens qui livrent ou reçoivent l'intervention la perçoivent comme adéquate (Sekhon *et al.*, 2017). Ainsi, les résultats suggèrent que l'intervention puisse être acceptable, ce qui optimise les chances d'implantation et de succès futurs (Sekhon *et al.*, 2017). Toutefois, les experts du terrain ont aussi émis des réserves quant à l'applicabilité de l'intervention en soulevant un enjeu de ressources. Cet élément pourrait nuire de façon importante à l'implantation future de l'intervention et devra être adressé dans de nouvelles études. En somme, le troisième objectif a permis de prendre en considération le contexte dans lequel l'intervention pourrait être mise en œuvre et d'apprécier son applicabilité sans toutefois permettre d'optimiser le développement des activités et de répondre à l'enjeu des ressources nécessaires pour soutenir l'intervention.

Pour présenter le résultat de la modélisation de l'intervention, l'utilisation d'un modèle logique a été choisie. Les interventions complexes sont, entre autres, caractérisées par le fait qu'elles se composent de plusieurs éléments constitutifs qui peuvent interagir entre eux. Ainsi, le modèle logique a permis une représentation compréhensible de l'intervention développée dans cette thèse en illustrant clairement ses éléments constitutifs et les liens entre eux (Bleijenberg *et al.*, 2018; MRC, 2013; Peyton et Scicchitano, 2017). Le modèle logique a été construit en s'inspirant de l'approche de la *WK Kellogg Foundation* (2004). Cette dernière propose trois types de modèles logiques différents selon qu'il soit orienté sur la théorie, les résultats ou les activités. Durant la phase de développement d'une intervention, la *WK Kellogg Foundation* suggère d'utiliser un modèle logique orienté sur les résultats. Ce type de modèle se concentre sur trois catégories d'éléments constitutifs de l'intervention : les activités, les produits et les résultats souhaités. Le modèle orienté sur les résultats a donc été choisi puisque ses éléments constitutifs se rapportent aux types de résultats obtenus aux trois objectifs de la présente étude. En effet, les résultats des objectifs 1 et 2 ont tout d'abord

permis d'identifier les éléments constitutifs des produits, résultats et effets. Puis, l'objectif 3 a, entre autres, permis de déterminer les éléments constitutifs des activités. Ainsi, pour mettre en valeur l'ensemble des résultats de cette thèse, l'utilisation d'un modèle logique orienté sur les résultats a été appropriée.

5.3 Les forces et les limites

La section qui suit traite des forces et limites de l'étude dans sa globalité, selon les critères de qualité de Miles, Huberman et Saldana (2014). Ces auteurs proposent que la crédibilité, la confirmabilité, la fiabilité et la transférabilité sont des critères susceptibles de permettre de porter un jugement sur la qualité des conclusions d'une étude. Ainsi, les forces et limites de l'étude sont discutées en regard de ces critères.

5.3.1 Les forces de l'étude

Cette étude présente de nombreuses forces. En premier lieu, pour assurer la crédibilité de l'étude, deux outils ont été utilisés : un modèle conceptuel intégrateur et un journal de bord réflexif. Tout d'abord, l'utilisation du modèle conceptuel intégrateur a permis de bien identifier les limites dans lesquelles les éléments devaient être collectés lors des entrevues avec les survivantes. Ce modèle conceptuel intégrateur consistait majoritairement en la combinaison de deux modèles conceptuels (modèle de Feuerstein et collègues [2010] et modèle de Wells et collègues [2013]), reconnus dans le domaine du retour au travail après un cancer. Ces deux modèles étaient complémentaires. En effet, le modèle de Feuerstein et collègues (2010) présente certains liens entre les facteurs individuels, institutionnels et sociétaux pouvant influencer le processus de réappropriation du travail. Quant au modèle de Wells et collègues (2013), il est plutôt centré sur l'individu et l'expérience du cancer. Ainsi, la combinaison de ces deux modèles a permis une vision plus globale du processus de réappropriation du travail après un cancer.

Un journal de bord réflexif a été utilisé lors des entrevues avec les participantes à l'étude de cas et les experts du terrain (Thomas *et al.*, 2015). Ce journal de bord a permis à

la personne qui a collecté les données d'y inscrire ses intuitions, jugements et analyses afin de favoriser une analyse plus juste des données. Avant la première entrevue, elle y a inscrit sa vision d'elle-même et celle du processus qu'elle s'apprêtait à étudier. Par la suite, avant et après chacune des entrevues avec les participantes à l'étude de cas, l'auteur y a inscrit ses intuitions et jugements. Enfin, lors des analyses de chacune des étapes de la modélisation de l'intervention, certaines sections du journal ont été relues. L'utilisation régulière d'un journal réflexif a ainsi fait prendre conscience à l'étudiante que ses connaissances antérieures en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle pouvaient avoir une influence sur ses analyses. Afin de limiter le risque d'un impact négatif sur la crédibilité des résultats, l'étudiante a donc demandé la tenue de discussions en profondeur avec ses directrices. Ces discussions ont porté sur les analyses et ont permis une triangulation de leur expertise et de leurs points de vue afin d'en arriver à des résultats d'analyse plus justes.

En deuxième lieu, la méthode utilisée pour l'ensemble de cette thèse a été rigoureusement documentée dans le chapitre 3 ce qui rend possible la reproduction de l'étude par d'autres chercheurs. De plus, des approches méthodologiques recommandées pour l'étude de phénomènes contemporains et contextualisés ont été utilisées et se sont avérées appropriées. Cette documentation de la méthode et l'utilisation d'approches méthodologiques adéquates ont donc contribué à la confirmabilité de l'étude.

En troisième lieu, deux mesures ont été mises en place afin d'assurer la fiabilité de l'étude. Tout d'abord, lors de l'étude de cas, la codification des deux premières entrevues auprès de survivantes a été menée par l'auteure et une des directrices de thèse. Les résultats de codification ont ensuite été comparés et discutés. Lorsque les résultats divergeaient, une décision par consensus était prise. Ensuite, une autre mesure mise en place a été la tenue de rencontres régulières entre l'auteure et ses deux directrices de thèse, tout au long de l'étude. Ces lieux d'échanges ont permis des révisions critiques et un certain recul par rapport aux données et résultats. Tout comme lors de la codification des résultats, les points de vue divergents étaient discutés en équipe et des décisions par consensus étaient prises.

En dernier lieu, des descriptions en profondeur des caractéristiques des échantillons (survivantes et experts du terrain) ont été faites pour favoriser la transférabilité des résultats. Ces descriptions ont entre autres été basées sur les caractéristiques de l'individu et du milieu de travail identifiées dans le modèle conceptuel intégrateur comme ayant le potentiel d'influencer le processus de réappropriation du travail.

5.3.2 *Les limites de l'étude*

Comme pour toute étude, celle-ci compte certaines limites. Ces dernières touchent particulièrement les critères de crédibilité et de transférabilité.

Tout d'abord, dans le cadre de cette étude, des experts du terrain ont été rencontrés afin d'obtenir leur perception de sa pertinence et son applicabilité ainsi que leurs suggestions d'activités pour l'intervention. Une limite concerne le choix de demander aux experts du terrain de proposer des formes d'activités à intégrer à l'intervention. En effet, comme mentionné plus tôt, le choix de ces experts du terrain fut tout à fait cohérent pour contextualiser l'intervention et en apprécier sa pertinence et son applicabilité. Toutefois, il semble que ces derniers, de par leur domaine d'expertise, n'avaient pas les connaissances nécessaires pour proposer des activités basées sur les pratiques exemplaires. Ainsi, la crédibilité des résultats de l'étude a pu être affectée par le choix des experts pour le développement des activités de l'intervention. Toutefois, cette limite a pu être contrôlée en partie par le recours aux écrits scientifiques portant sur les interventions visant le retour et le maintien du travail des survivants du cancer.

Ensuite, une autre limite concerne l'homogénéité des caractéristiques des participantes rencontrées pour l'objectif 1. En effet, l'échantillon était constitué majoritairement de femmes caucasiennes, ayant souffert d'un cancer local du sein et ayant un travail avec peu de demandes physiques. L'objectif 1 était d'identifier les facteurs et décrire les interrelations qui auront une influence sur le processus de réappropriation du travail à la suite d'un cancer du sein, selon la perspective de survivantes. Ainsi, pour y arriver, un échantillon de convenance a été constitué. Ce choix était motivé par le besoin

d'aller chercher des personnes potentiellement au cœur du phénomène étudié. La constitution d'un échantillonnage de convenance était donc cohérente avec les besoins de l'étude. Toutefois, la diversité ethnoculturelle, le stade de cancer et le type de demande du travail ne faisaient pas partie des critères d'inclusion. De plus, le bassin de recrutement peut aussi avoir favorisé l'homogénéité des caractéristiques des participantes. Ainsi, il pourrait être intéressant d'explorer si les facteurs identifiés dans cette étude seraient les mêmes avec des survivantes présentant des caractéristiques différentes (diversité ethnoculturelle, stade du cancer et niveau de demande physique de l'emploi). En effet, les résultats de certaines études suggèrent que ces facteurs puissent influencer le processus de réappropriation du travail après un cancer du sein (Sun et al., 2017; Feuerstein et al., 2010).

Finalement, la prudence est de mise dans l'interprétation des résultats de cette thèse. En effet, lors de l'objectif 1, la rencontre de dix survivantes du cancer du sein n'a pas permis la saturation des données (Nelson, 2017). Ainsi, il se peut que d'autres facteurs que ceux identifiés par les participantes soient de grande importance afin de bien comprendre le processus de réappropriation du travail après un cancer.

5.4 Les constats en regard à la pratique

Certains constats pour la pratique se dégagent de cette thèse. Tout d'abord, les résultats suggèrent l'importance à accorder au processus de réappropriation du travail après un cancer du sein. Pour le milieu clinique, plusieurs survivantes ont rapporté leur perception que la décision quant au moment du retour au travail avait été unilatérale. Ce résultat propose que le sujet de l'emploi après la fin des traitements devrait être systématiquement abordé entre les survivantes et les professionnels de la santé. De plus, l'émergence du concept d'autogestion de la santé dans les résultats suggère que cette dernière puisse être importante dans le processus de réappropriation du travail. Il serait ainsi souhaitable que les survivantes soient soutenues par les équipes de soin dans l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires à l'autogestion de leur santé.

Pour les milieux de travail, les résultats de cette thèse proposent que l'implication des acteurs du milieu de travail (employeur et collègues) pour favoriser les processus de réappropriation du travail devrait débuter dès la phase d'absence. Il serait donc intéressant de mieux former et outiller les employeurs en ce sens.

5.5 Les pistes pour les recherches futures

Les résultats de cette étude exploratoire ouvrent diverses avenues pour des recherches futures. En premier lieu, le SEPT est apparu comme un élément à considérer lors du processus de réappropriation du travail après un cancer. Le SEPT est étudié en contexte de processus de réappropriation du travail après d'autres problématiques de santé telles que les troubles musculosquelettiques et de santé mentale (Black *et al.*, 2018; Duijts *et al.*, 2017). Ce concept est un élément majeur des théories de modification de comportement. Par exemple, le sentiment d'efficacité personnelle est central dans la théorie sociale cognitive de Banduras (1977). Ainsi, de futures études devraient explorer plus en profondeur le SEPT en contexte de processus de réappropriation du travail après un cancer. De plus, la possibilité d'utiliser les théories de modification de comportement comme bases théoriques pour des interventions favorisant le processus de réappropriation du travail après un cancer devrait être étudiée.

En deuxième lieu, la présente étude a permis le développement d'une intervention pour favoriser le processus de réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein. Cette intervention a été présentée sous forme d'un modèle logique identifiant les éléments constitutifs et les liens entre eux. Les recommandations du MRC proposent que l'étape suivante devrait être une évaluation économique préétude afin de déterminer le potentiel ratio coût-efficacité de l'intervention (Bleijenbergh *et al.*, 2018; MRC, 2013). Cette information pourrait ensuite guider les chercheurs sur le choix de passer ou non à une étude de faisabilité à plus grande échelle. Toutefois, avant d'entamer cette prochaine étape, d'autres études sont nécessaires afin de valider l'intervention issue de cette thèse. Par exemple, des études devront être menées avec des femmes étant retournées au travail après la fin des traitements, mais ne s'y étant pas maintenues et avec des femmes ayant un emploi avec des exigences physiques

élevées. De plus, les experts du terrain ont exprimé des réserves quant à l'applicabilité de l'intervention, soulevant un enjeu de ressources. Ainsi, d'autres études devront être menées afin d'étudier l'applicabilité de l'intervention et identifier les ressources disponibles pour la soutenir. D'ailleurs, puisque seuls quatre experts du terrain ont été rencontrés dans le cadre de cette thèse, des études devront être conduites afin de valider les perceptions de pertinence et d'applicabilité avec un nombre plus élevé d'experts du terrain. Enfin, l'acceptabilité des activités identifiées dans l'intervention devrait être étudiée.

6. CONCLUSION

Le travail est une occupation majeure chez l'adulte et contribue au maintien de sa santé. Or, chaque année, un grand nombre de femmes sont touchées par le cancer du sein et devront quitter le travail pour plusieurs mois, voire une année. Il est désormais admis que le processus de réappropriation du travail comporte de multiples défis pour les survivantes et peut ultimement affecter leur qualité de vie et leur productivité. Néanmoins, au Québec, il ne semble pas y avoir d'intervention clairement élaborée pour soutenir ces survivantes. Ainsi, l'importance de mener une étude ayant pour but la modélisation d'une intervention était justifiée.

Cette thèse a rapporté les étapes du processus de modélisation d'une intervention visant à favoriser le processus de réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein. Ce processus, inspiré des recommandations du MRC (2013) pour le développement d'interventions complexes, a permis de proposer une intervention ancrée dans le vécu des survivantes, basée sur les données probantes et contextualisée.

Cette étude représente une première modélisation d'intervention pour favoriser le processus de réappropriation du travail après un cancer du sein. Elle se caractérise par une intervention débutant pendant la phase d'absence et misant entre autres sur la concertation entre la survivante et l'employeur.

Pour porter cette intervention, certaines étapes pourraient désormais être réalisées. Tout d'abord, poursuivre l'évaluation de l'acceptabilité auprès de différents groupes, par exemple des survivantes qui ont réussi ou non leur réappropriation du travail et des employeurs de différentes tailles d'entreprises œuvrant dans différents secteurs d'activité. Ensuite, évaluer l'implantation de l'intervention dans différentes régions.

Finalement, cette recherche a permis de soulever l'importance du SEPT comme potentiel concept pivot dans le processus de réappropriation du travail. La place du SEPT n'avait encore jamais été clairement décrite pour les survivantes du cancer du sein. Ainsi, ce

résultat inédit génère-t-il une nouvelle thématique de recherche qui devrait être explorée dans les prochaines années afin de mieux soutenir les femmes survivantes dans leur quête de la reprise de leur rôle de travailleuse dans la société.

RÉFÉRENCES

Amir Z, Neary D, Luker K (2008) Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: a UK perspective. *European Journal of Oncology Nursing*. 12: 190-197.

Amir Z, Strauser DR, Chan F (2009) Employers' and Survivors' Perspectives. Dans Feuerstein M. *Work and cancer survivors* (pp.73-89). New York : Springer Sciences + Business Media.

Armaou M, Schumacher L, Grunfeld EA (2018) Cancer survivors' social context in the return to work process : narrative accounts of social support and social comparison information. *Journal of Occupational rehabilitation*. 28(3) : 504-512.

Bains M, Munir F, Yarker J, Bowley D, Thomas A, Armitage, Steward W (2012) The impact of colorectal cancer and self-efficacy beliefs on work ability and employment status: a longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*. 21 : 634-641.

Bains M, Munir F, Yarker J, Steward W, Thomas A (2011) Return-to-work guidance and support for colorectal cancer patients : a feasibility study. *Cancer Nursing*. 34(6).

Balak F, Roelen CAM, Koopmans PC, Berge EET, Groothoff JW (2008) Return to Work After Early-stage Breast Cancer: A Cohort Study into the Effects of Treatment and Cancer-related Symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 18 : 267-272.

Banduras A (1977) Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84(2) : 191-215.

Barnard A, Clur L, Joubert Y (2016) Returning to work : the cancer survivor's transformational journey of adjustment and coping. *Intr J Qual Study Health Well-Being*. 11.

Bennan C, Greenhalgh J, Pawson R (2018) Guidance of guidelines: Understanding the evidence on the uptake of health care guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 24 : 105-116.

Black O, Keegel T, Sim MR, Collie A, Smith P (2018) The effect of self-efficacy on return-to-work outcomes for workers with psychological or upper-body musculoskeletal injuries: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 28(1) : 16-27.

Bilodeau K, Tremblay D, Durand MJ (2017) Exploration of return-to-work interventions for breast cancer patients : a scoping review. *Supportive Care in Cancer*. 25(6) : 1993-2007.

Bleijenberg N, de Man-van Ginkel JM, Trappenburg JCA, Ettema RGA, Sino CG, Heim N, Hafsteindottir TB, Richards DA, Schuurmans MJ (2018) Increasing value and reducing waste by optimizing the development of complex interventions: Enriching the development phase of the Medical Research Council (MRC) Framework. *International Journal of Nursing Studies*. 79 : 86-93.

Boucher P, Langlois PE (2014) *Les coûts économiques du cancer au Québec en 2013*. Montréal (Québec) : Coalition Priorité Cancer.

Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z (2006) Correlates of Return to Work for Breast Cancer Survivors. *Journal of Clinical Oncology*. 24(3) : 345-353.

Boykoff N, Moieni M, Subramanian SK (2009) Confronting chemo brain: an in-depth look at survivors' reports of impact on work, social networks, and health care response. *Journal of Cancer Survivorship*. 3(4) : 223-232.

Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z (2009) *L'évaluation : concepts et méthodes*. 2^e édition. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal. 336 pages.

Brusletto B, Torp S, Ihlebaek CM, Vinje HF (2018) A five-phase process model describing the return to sustainable work of persons who survived cancer : a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 34 : 21-27.

Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P (2000) Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*. 321 : 694-696.

Carlsen K, Jensen AJ, Rugulies R, Christensen J, Bidstrup PE, Johansen C, Madsen IEH, Dalton SO (2013) Self-reported work ability in long-term breast cancer survivors. A population-based questionnaire study in Denmark. *Acta Oncologica*. 52 : 423-429.

Caron M, Durand MJ, Tremblay D (2017) Intervention pour le retour et le maintien au travail après un cancer: une revue des écrits. *Santé Publique* 29(5) : 655-664.

Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ (2014) The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5): 545-547.

Comité consultatif de la Société canadienne du cancer (2017) : *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017*. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer. 147 pages.
Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada (2010) *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa (Canada) : Secrétariat interagences en éthique de la recherche. 234 pages.

Contandriopoulos AP, Rey L, Brousselle A, Champagne F (2012) Évaluer une intervention complexe : enjeux conceptuels, méthodologiques, et opérationnels. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 26(3) : 1-16.

Cooper AF, Hankins M, Rixon L, Eaton E, Grunfeld EA (2013) Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types. *Psycho-Oncology*. 22 : 659-667.

Crabtree BF, Miller WL (2009) *Doing qualitative research. Research methods for primary care*. Thousand Oaks (California) : Sage. 405 pages.

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M (2008) Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*. 337 : 979-983.

Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, Hogg-Johnson S, Kristman V, Laberge M, McKenzie D, Newnam S, Palagyi A, Ruseckaite R, Sheppard DM, Shourie S, Steenstra I, Van Eerd D, Amick III BC (2018) Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: An update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 28: 1-15.

De Boer AGEM, Taskila T, Tamminga SJ, Frings-Dresen MHW, Feuerstein M, Verbeek JH (2015) Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. Cochrane Collaboration: *The Cochrane Library* 2015, issue 9.

De Boer A, Verbeek J, van Dijk F (2009) Young Survivors of Childhood Cancer. Dans Feuerstein M. *Work and Cancer Survivors* (pp. 163-188). New York : Springer Sciences + Business Media.

De Jong F, Frings-Dresen MH, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, van Asselt KM, de Boer AGEM (2018) The role of the general practitioner in return to work after cancer – a systematic review. *Family Practice*. 1-11.

Dewa CS, Chau N, Dermer S (2010) Examining the comparative incidence and costs of physical and mental health-related disabilities in an employed population. *J Occup Environ Med*, 52(7) : 758-762.

Doucet H (2002) La recherche qualitative. Dans Doucet H. *L'éthique de la recherche* (pp. 225-248). Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.

Drolet M, Maunsell E, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L (2005a) Not working 3 years after breast cancer: Predictors in a population-based study. *Journal of Clinical Oncology*. 23(33) : 8305-8312.

Drolet M, Maunsell E, Mondor M, Brisson J, Mâsse B, Deschênes L (2005b) Work absence after breast cancer diagnosis: A population-based study *Canadian Medical Association Journal*. 173(7).

Duijts SFA, Bleiker EMA, Paalman CH, van der Beek AJ (2017) A behavioural approach in the development of work-related interventions for cancer survivors: an exploratory review. *European Journal of Cancer Care*. 26.

Duijts SFA, van Edgmond MP, Spelten E, van Muijen P, Anema JR, van der Beek AJ (2014) Physical and psychological problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 23 : 481-492.

Dunbrack J (2010) *Cancer du sein : Répercussions économiques et réinsertion dans la population active*. Ottawa (Ontario) : Réseau canadien du cancer du sein. 48 pages.

Durand MJ, Corbière M, Coutu MF, Reinharz D, Albert V (2014) A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*. 48 : 579-589.

Durand MJ, Sylvain C, Fassier JB, Tremblay D, Shaw WS, Anema JR, Loisel P, Richard MC, Bernier M (2017) *Troubles musculosquelettiques : Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail*. Montréal : IRSST - Direction des communications et de la valorisation de la recherche. 135p.

Faes MC, Reelick MF, Esselink RA, Rikkert MGO (2010) Developing and Evaluating Complex Healthcare Interventions in Geriatrics: The Use of the Medical Research Council Framework Exemplified on a Complex Fall Prevention Intervention. *Journal of American Geriatrics Society*. 58 : 2212-2221.

Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer A (2010) Factors related to return to work by women with breast cancer in North France. *Journal of Occupational rehabilitation*. 20: 49-58.

Feuerstein M (2009) *Work and Cancer Survivors*. New York : Springer Science + Business Media. 329 pages.

Feuerstein M, Todd BL, Moskowitz MC, Bruns GL, Stoler MR, Nassif T, Yu X (2010) Work in cancer survivors: a model for practice and research. *Journal of Cancer Survivorship*. 4 : 415-437.

Foster C, Grimmett C, May CM, Ewings S, Myall M, Hulme C, Smith PW, Powers C, Calman L et al. (2016) A web-based intervention (RESTORE) to support self-management of cancer-related fatigue following primary cancer treatment: a multi-centre proof of concept randomised controlled trial. *Support Care Cancer*. 24 : 2445-2453.

Franché RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J et al. (2005) Workplace-Based Return-to-Work Interventions : A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 15(4) : 607-631.

Glouberman S et Zimmerman B (2002) *Complicated and complex systems: What would be successful reform of Medicare look like?* Document de discussion (Vol 8). Ottawa, ON : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Greidanus MA, de Boer AGEM, de Rijk AE, Tiedtke CM, Dierckx de Casterlé B, Frings-Dresen MHW, Tamminga SJ (2017) Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors : A systematic review of employers' and survivors' perspectives. *Psycho-Oncology*. 1-9.

Greidanus MA, Tamminga SJ, de Rijk AE, Frings-Dresen MHW, de Boer AGEM (2018) What employer actions are considered most important for the return to work of employees with cancer? A Delphi study among employees and employers. *Journal of occupational rehabilitation*.

Hassett MJ, O'Malley AJ, Keating NL (2009) Factors influencing changes in employment among women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*. 115(12) : 2775-2782.

Hauglann B, Benth JS, Fossa SD, Dahl AA (2012) A cohort study of permanently reduced work ability in breast cancer patients. *J Cancer Surviv*. 6(3) : 345-356.

Hawe P, Shiell A, Riley T (2004) Complex interventions : how «out of control» can a randomised controlled trial be? *British Medical Journal*. 328 : 1561-1563.

Hedayati E, Johnsson A, Alinaghizadeh H, Schedin A, Nyman H, Albertsson M (2013) Cognitive, psychosocial, somatic and treatment factors predicting return to work after breast cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27 : 380-387.

Higgins A, O'Halloran P, Porter S (2015) The management of long-term sickness absence in large public sector healthcare organisations: a realist evaluation using mixed methods. *Journal Occupational Rehabilitation*. 25(3) : 451-470.

Horsboel TA, DeThurah A, Nielsen B, Nielsen CV (2012) Factors associated with work outcome for survivors from haematological malignancies: a systematic literature review. *European Journal of Cancer Care*. 21(4) : 424-435.

Hoving J, Broekhuizen M, Frings-Dresen MH (2009) Return to work of breast cancer survivors: A systematic review of intervention studies. *BioMed Central Cancer*. 9 (117).

Huber MAS (2014) *Towards a new, dynamic concept of health: its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Pays-Bas : School for Public Health and Primary Care CAPHRI, Maastricht University.

Islam T, Dahlui M, Hazreen AM, Nahar AM, Taib NAM, Su TT (2014) Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BioMed Central Public Health*. 14 (suppl 3).

Johnsson A, Fornander T, Rutqvist LE, Olsson M (2011) Work status and life changes in the first year after breast cancer diagnosis. *Work*. 38 : 337-346.

Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J (2007) Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care*. 16 : 17-25.

Kiasuwa Mbengi R, Nyaga V, Otter R, de Brouwer C, Bouland C (2019) The EMPCAN study: protocol of a population-based cohort study on the evolution of the socio-economic position of workers with cancer. *Archives of Public Health*. 77 (15).

Kiasuwa Mbengi R, Otter R, Mortelmans K, Arbyn M, Van Oyen H, Bouland C, de Bouwer C (2016) Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action – rapid review and expert consultation. *Systematic reviews*. 5 (35).

Kim J (2013) Complex Interventions in Healthcare and Health Informatics: A Scoping Review. *Studies in Health Technology & Informatics*. 263-268.

Kim SH, Kim K, Mayer DK (2017) Self-management intervention for adult cancer survivors after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Oncology Nursing Forum*. 44(6) : 719-728.

Kim SH, Park S, Kim SJ, Hur MH, Lee BG, Han MS (2018) Self-management needs of breast cancer survivors after treatment : results from a focus group interview. *Cancer Nursing*. DOI : 10.1097/NCC.0000000000000641

Knauf MT, Schultz IZ. Current conceptual models of return to work. In : Schultz IZ, Gatchel RJ, éditeurs. *Handbook of return to work*. New York (États-Unis) : Springer Science+Business Media; 2016. pp. 27-51.

Langley A, Smallman C, Tsoukas H, Van de Ven A (2013) Process studies of change in organization and management: unveiling temporality, activity, and flow. *Academy of Management Journal*. 1. DOI: 10.5465/amj.2013.4001

Lauzier S, Maunsell E, Drolet M, Coyle D, Hébert-Croteau N, Brisson J, Mâsse B, Abdous B, Robidoux A, Robert J (2008) Wage Losses in the Year After Breast Cancer: Extent and Determinants Among Canadian Women. *Journal of the National Cancer Institute*. 100: 321-332.

Leensen MCJ, Groeneveld IF, van der Heide I, Rejda T, van Veldhoven PLJ, van Berkel S, Snoek A, van Harten W, Frings-Dresen MHW, de Boer AGEM (2017) Return to work of cancer patients after a multidisciplinary intervention including occupational counselling

and physical exercise in cancer patients: a prospective study in the Netherlands. *BMJ Open*. 7.

Lilliehorn S, Hamberg K, Kero A, Salander P (2013) Meaning of work and the returning process after breast cancer: a longitudinal study of 56 women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27 : 267-274.

Loisel P, Durand MJ, Berthelette D, Vézina N, Baril R, Gagnon D, Larivière C, Tremblay C (2001) Disability prevention : New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Disease Management & Health Outcomes*. 9(7) : 351-360.

Lorig K, Ritter P, Moreland C, Laurent D (2015) Can a box of mailed materials achieve the triple aims of health care? The mailed chronic disease self-management tool kit study. *Health promotion practice*. 16(5) : 765-774.

Maheu C, Parkinson M, Oldfield M, Kita-Stergiou M, Bernstein L, Esplen MJ, Hernadez C, Zanchetta M, Singh M on behalf of the Cancer and Work website core team members sponsored by the Canadian Partnership Against Cancer (2016) *Cancerandwork.ca website: An innovative online return to work program website for patients, healthcare providers and employers*. <http://www.cancerandwork.ca>

Main DS, Nowels CT, Cavender TA, Etschmaier M, Steiner JF (2005) A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 14 : 992-1004.

Maunsell E, Brisson C, Dubois L, Lauzier S, Fraser A (1999) Work problems after breast cancer: An exploratory qualitative study. *Psycho-Oncology*. 8 : 467-473.

Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L (2004) Work situations after breast cancer: Results from a population-based study. *Journal of the National Cancer Institute*. 96(24) : 1813-1822.

Mbengue A, Vandangeon-Derumez I, Garreau L (2014) Construire un modèle. Dans Thietart et al. *Méthodes de recherche en management*, 4^e édition (pp.334-387). France : Dunod éditeur.

McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, Wagner EH (2011) Self-management : Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *Cancer Journal for Clinicians*. 61(1) : 50-62.

McKay G, Knott V, Delfabbro P (2013) Return to work and cancer: The Australian experience. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 23 : 93-105.

Mehnert A (2011) Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 77 : 109-130.

Mehnert A, de Boer A, Feuerstein M (2013) Employment challenges for cancer survivors. *Cancer*. 119 (sup. 11) : 2151-2159.

Melissant HC, Verdonck-de Leeuw IM, Lissenberg-Witte BI, Konings IR, Cuijpers P, Van Uden-Kraan CF (2018) Oncokompas', a web-based self-management application to support patient activation and optimal supportive care: a feasibility study among breast cancer survivors. *Acta Oncologica*. 57(7) : 924-934.

Miles MB, Huberman AM, Saldana J (2014) *Qualitative data analysis : A methods sourcebook*. 3th est. Sage Publications. 408 pages.

Miller WR, Laister S, Bartlett R, Buelow JM (2015) Chronic disease self-management: A hybrid concept analysis. *Nursing Outlook*. 66 : 154-161.

Möhler R, Bartoszed G, Meyer G (2013) Quality of reporting of complex healthcare interventions and applicability of the CReDECI list – a survey of publications indexed in PubMed. *BioMedical Central Medical Research Methodology*. 13 : 125.

Möhler R, Köpke S, Meyer G (2015) Criteria for reporting the development and evaluation of complex interventions in healthcare: revised guideline (CReDECI 2). *Trials*. 16(1) : 1-9.

Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O'Cathain A, Tinati T, Wight D, Baird J (2015) Process evaluation of complex interventions : Medical Research Council guidance. *BMJ*. 350.

MRC Health Services and Public Health Research Board (2013) Developing and evaluating complex interventions: new guidance. *Medical Research Council*. 1-39.

Munir F, Burrows J, Yarker J, Kalawsky K, Bains M (2010) Women's perceptions of chemotherapy-induced cognitive side effects on work ability: a focus group study. *J Clin Nurs*. 19 : 1362-1370.

Nachreiner NM, Dagher RK, McGovern PM, Baker BA, Alexander BH, Gerberich SG (2007) Successful Return to Work for Cancer Survivors. *AAHON*. 55(7) : 290-295.

Nelson J (2017) Using conceptual depth criteria: addressing the challenge of reaching saturation in qualitative research. *Qualitative research*. 17(5) : 554-570.

Nitkin P, Parkinson M, Schultz IZ (2011) *Cancer and work : a canadian perspective*. Vancouver (BC) : Canadian Association of Psychosocial Oncology. 51 pages.

Noeres D, Park-Simon TW, Grabow J, Sperlich S, Koch-Giebelmann, Jaunzeme J, Geyer S (2013) Return to work after treatment for primary breast cancer over a 6-year period: results from a prospective study comparing patients with the general population. *Support Care Cancer*. 21 : 1901-1909.

Noeres D, Park-Simon TW, Grabow J, Sperlich S, Koch-GieBelmann H, Jaunzeme J, Geyer S (2013) Return to work after treatment for primary breast cancer over a 6-year period : results from a prospective study comparing patients with the general population. *Support Care Cancer*. 21 : 1901-1909.

Organisation Mondiale de la Santé (2011) *Global status report on noncommunicable disease 2010*. Genève : WHO. 176 p.

Paillé P (1991) *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration* (Extrait). Communication présentée au Congrès de L'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Sherbrooke.

Petticrew M (2011) When are complex interventions «complex»? When are simple interventions « simple »? *European Journal of Public Health*. 21(4) : 397-399.

Peyton D et Scicchitano M (2017) Devil is in the details : Using logic models to investigate program process. *Evaluation and program planning*. 65 : 156-162.

Pransky G, Gatchel R, Linton SJ, Loisel P (2005) Improving Return to Work Research. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 15(4) : 453-457.

Processus (2011) Dans Paul Robert (dir.). Le Petit Robert. Paris : Dictionnaire Le Robert – SEJER.

Pryce J, Munir F, Haslam C (2007) Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 17 : 83-92.

Raque-Bogdan T, Hoffman MA, Ginter AC, Piontkowski S, Schexnayder K, White R (2015) The Work Life and Career Development of Young Breast Cancer Survivors. *Journal of Counseling Psychology*. 62(4), 655-669.

Rasmussen DM et Elverdam B (2008) The meaning of work and working life after cancer: an interview study. *Psycho-Oncology*. 17(12) : 1232-1238.

Roelen C, Koopmans P, Anema J, Van Der Beek A (2010) Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *Journal of occupational rehabilitation*. 20(1):113-121.

Rowe BH, Eliyahu L, Lowes J, Gaudet LA, Beach J, Mrazik M, Cummings G, Voaklander D (2018) A prospective evaluation of the influence of an electronic clinical practice guidelines on concussion patients' future activities and outcomes. *The Journal of Emergency Medicine*. 54(6) : 774-784.

Savoie-Zajc L (2003) L'entrevue semi-dirigée. Dans Gauthier B. *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (pp. 293-316). Ste-Foy : Presses Université du Québec.

Savoie-Zajc L (2007) Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches Qualitatives*. Hors-série (5) : 9-111.

Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz., Fontelo P (2007) Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BioMed Central*. 7:16.

Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ (2017) Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*. 17 : 88-101.

Gray SE, Hassani-Mahmoei B, Cameron ID, Kendall E, Kenardy J, Collie A (2018) Patterns and predictors of failed and sustained return-to-work in transport injury insurance claimants. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 28:740-748.

Shepperd S, Lewin S, Straus S, Clarke M, Eccles MP, Fitzpatrick R, Wong G, Sheikh A (2009) Can We Systematically Review Studies That Evaluate Complex Interventions? *PLOS Medicine*. 6(8).

Short PF, Vasey JJ, Tunceli K (2005) Employment Pathways in a Large Cohort of Adult Cancer Survivors. *Cancer*. 103(6) : 1292-1301.

Shorthouse FM, Roffi V, Tack C (2016) Effectiveness of educational materials to prevent occupational low back pain. *Occupational Medicine*. 66(8) : 623-629.

Spelten E R, Sprangers M, Verbeek J (2002) Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-oncology*. 11 : 124-131.

Steiner JF, Cavender TA, Main DS, Bradley CJ (2004) Assessing the impact of cancer on work outcomes: What are the research needs? *Cancer*. 101(8) : 1709-1711.

Steiner JF, Cavender TA, Nowels CT, Beaty BL, Bradley CJ, Fairclough DL, Main DS (2008) The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psycho-oncology*. 17 : 138-147.

Stergiou-Kita M, Pritlove C, van Eerd D, Holness LD, Kirsh B, Duncan A, Jones J (2016) The provision of workplace accommodations following cancer: survivor, provider, and employer perspectives. *Journal of Cancer Survivorship*. 10 : 489-504.

Sun Y, Shigaki CL, Armer JM (2017) Return to work among breast cancer survivors: A literature review. *Support Care Cancer*. 25 : 709-718.

Sylvain C, Durand MJ, Velasquez Sanchez A, Lessard N, Maillette P (2018) Development and implementation of a mental health work rehabilitation program: Results of a developmental evaluation. *Journal of occupational rehabilitation*.

Takahashi M, Tsuchiya M, Horio Y, Funazaki H, Aogi K, Miyauchi K, Arai Y (2018) Job resignation after cancer diagnosis among working survivors in Japan: timing, reasons and change of information needs over time. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 48(1) : 43-51.

Tamminga SJ, de Boer AGEM, Bos MEM, Fons G, Kitzen JJEM, Plaisier PW, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW (2012) A hospital-based work support intervention to enhance the return to work of cancer patients: a process evaluation. *Journal of occupational rehabilitation*. 22 : 565-578.

Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW (2010) Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occupational Environmental Medicine*. 67 : 639-648.

Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW (2012) Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 38(2) : 144-154.

Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Taskila T, Frings-Dresen MHW (2010) Enhancing return to work in cancer patients, development of an intervention and design of a randomised controlled trial. *BioMed Central Cancer*. 10(345).

Tamminga SJ, Verbeek JHAM, Bos MEM, Fons G, Kitzen JJEM, Plaisier PW, Frings-Dresen MHW, de Boer AGEM (2013) Effectiveness of a hospital-based work support intervention for female cancer patients: a multi-center randomised controlled trial. *PLOS*. 8(5).

Tamminga SJ, van Hezel S, de Boer AG, Frings-Dresen MH (2016) Enhancing the return to work of cancer survivors: development and feasibility of the nurse-led eHealth intervention Cancer@work. *JMIR Res Protoc*. 2016.

Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ (2015) *Research methods in physical activity*. Canada : Human Kinetics. 479p.

Tiedtke C, de Rijk A, Dierckx de Casterlé B, Christiaens MR, Donceel P (2010) Experiences and concerns about returning to work for women breast cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology*. 19 : 677-683.

Tiedtke C, Dierckx de Casterlé B, Donceel P, de Rijk A (2015) Workplace support after breast cancer treatment: recognition of vulnerability. *Disability and Rehabilitation*. 37(19) : 1770-1776.

Tiedtke CM, Dierckx de Casterlé B, Frings-Dresen MHW, de Boer AGEM, Greidanus MA, Tamminga SJ, de Rijk AE (2017) Employers' experience of employees with cancer: trajectories of complex communication. *Journal of cancer survivorship*. 11 : 562-577.

- Tjulin A, MacEachen E, Ekberg K (2010) Exploring Workplace Actors Experiences of the Social Organization of Return-to-Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 20 : 311-321.
- Ullrich A, Rath HM, Otto U, Kerschgens C, Raida M, Hagen-Aukamp C, Bergelt C (2017) Outcomes across the return-to-work process in PC survivors attending a rehabilitation measure – results from a prospective study. *Support Care Cancer*. 25: 3007-3015.
- Vidor C, Leroyer A, Christophe V, Sillier M, Foncel J, Van de Maële J, Bonnetterre J, Fantoni S (2014) Decrease social inequalities return to work : developement and design of a randomised controlled trial among women with breast cancer. *BioMed Central Cancer*. 14 (267).
- Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EPM, van Lomwel AGC, van der Feltz-Cornelis CM (2015) Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 25(2) : 423-431.
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. (2010) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The lancet*. 380(9859) : 2163-2196.
- Wells M, Williams B, Fringl D, Lang H, Coyle J, Kroll T, MacGillivray S (2013) Supporting work-related goals rather than return to work after cancer? A systematic review and meta-synthesis of 25 qualitative studies. *Psycho-Oncology*. 22 : 1208-1219.
- Whittemore R, Knafl K (2005) The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 52 (5) : 546-553.
- WK Kellogg Foundation (2004) *Using logic models to bring together planning, evaluation and action: Logic model development guide*. USA : W.K. Kellogg Foundation. 71p.
- Wilson IB, Cleary PD (1995) Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medicine Association*. 273(1) : 59-65.
- Wolvers MDJ, Leensen MCJ, Groeneveld IF, Frangs-Dresen MHW, de Boer AGEM (2018) Predictors for earlier return to work of cancer patients. *Journal of cancer survivorship*. 12 : 169-177.
- Wong G, Greenhalgh T, Westhorp G, Buckingham J, Pawson R (2013) RAMESES publication standards: realist syntheses. *BioMed Central Medicine*. 11(21).
- Yarker J, Munir F, Bains M, Kalawsky K, Haslam C (2010) The role of communication and support in return to work following cancer-related absence. *Psycho-Oncology*. 19 : 1078-1085.

Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MNM, Anema JR (2005) A Developmental Conceptualization of Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 15(4) : 557-568.

Yun DW et Choi (2019) Person-centered rehabilitation care and outcomes: a systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 93: 74-83.

Zhao J, Gao S, Wang J, Liu X, Hao Y (2016) Differentiation between two healthcare concepts: Person-centered and patient-centered care. *International Journal of Nursing Sciences*. 3(4): 398-402.

Zombowski K, Cruz de Souza B, da Silva FP, Moreira GM, de Souza Cunha N, Sperandio FF (2018) Physical symptoms and working performance in female breast cancer survivors : a systematic review. *Disability and rehabilitation*. 40(13) : 1485-1493.

ANNEXE 1 – GUIDES D'ENTREVUE DES SURVIVANTES DU CANCER DU SEIN

Guide d'entrevue MAT

Premier contact téléphonique

« Bonjour Madame X. Mon nom est Maryse Caron et je suis étudiante au doctorat en sciences cliniques à la Faculté de médecine de l'UdeS. Votre nom m'a été fourni par car vous avez accepté d'être contactée pour que je vous explique le projet de recherche.

En fait, ce projet s'intéresse à l'expérience vécue par les femmes lors de la reprise du travail suite à une absence due à un diagnostic et un traitement de cancer du sein. Le but ultime du projet est le développement d'une intervention de soutien pour faciliter la reprise du travail. Si vous acceptez de participer, votre participation serait de faire une entrevue avec moi d'environ 60 minutes où on discuterait de votre expérience face à la reprise de votre travail. Seriez-vous d'accord pour participer à ce projet? »

Si oui : « Pouvons-nous prendre rendez-vous? »

Entrevue

« D'abord merci d'être là et d'avoir accepté de participer à ce projet. Comme je vous l'ai expliqué, la reprise du travail après un cancer du sein est peu connue et si nous voulons offrir de meilleurs services, il est nécessaire de mieux comprendre l'expérience vécue des femmes. Nous allons d'abord commencer par la signature du formulaire de consentement à la recherche. Il s'agit d'une procédure obligatoire visant à protéger des gens qui comme vous donnent du temps pour faire avancer les choses. Voici le formulaire. Prenez le temps de le lire et vous pouvez me poser toutes les questions qui vous passent par la tête. Ensuite, vous pourrez le signer et nous commencerons l'entrevue.

Maintenant que nous sommes prêtes à commencer l'entrevue, je vais vous poser des questions. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions et en tout temps, vous pouvez arrêter l'entrevue. Aussi, je vous invite à répondre vraiment ce que vous pensez puisque votre nom n'apparaîtra nulle

part dans les documents mis à part votre formulaire de consentement. Comme mentionné dans le formulaire, j'aimerais enregistrer l'entrevue afin de faciliter la prise de notes ».

Tout d'abord, pouvez-vous me rappeler depuis combien de temps vous êtes de retour au travail?

Thème 1 : Expérience de maintien au travail.

Donc cela fait maintenant X années que vous êtes au travail suite à votre cancer. Lors de la phase de retour, comment cela s'est-il passé?

Probes :

- Surprises?
- Sentiments?
- Effets secondaires ou tardifs toujours présents?
- Craintes?
- Soutien?
- Le plus aidé?
- Le plus difficile?

Et maintenant, avez-vous toujours le même travail que vous aviez après le cancer?

Probes si oui :

- Pourquoi selon vous?
- Avez-vous eu d'autres opportunités?

Probes si non :

- Pourquoi selon vous?
- Ce changement de travail est-il en lien avec le problème de santé que vous avez eu?
- Y a-t-il d'autres facteurs qui ont motivé ce changement?

Est-ce que certaines tâches de votre travail restent encore aujourd'hui difficiles à accomplir?

Probes si oui :

- Vos difficultés sont-elles en lien avec le cancer et ses effets selon vous?
- Soutien? Ajustements?
- Sentiments.

À votre avis, qu'est-ce qui aide à rester au travail après un cancer?

Probes :

- Sens donné au travail?
- Amour du travail?
- Besoins?
- Relations sociales?
- Conditions de travail?

À votre avis, qu'est-ce qui nuit à rester au travail après un cancer?

Probes :

- Besoins?
- Relations sociales?
- Conditions de travail?

Et maintenant, si on aborde la vision de votre avenir au travail.

Thème 2 : Avenir au travail.

Comment voyez-vous votre avenir au travail dans les prochaines années?

Probes :

- Images qui viennent en tête?
- Soutien/aide?
- Difficultés?
- Craintes?
- Ressentez-vous le besoin de discuter avec quelqu'un de votre avenir au travail sans pouvoir le faire?
- Changement de poste, d'employeur ou de carrière?
- Changement de position face à une retraite/retraite anticipée?

Pour terminer l'entrevue,

Thème 3 : Besoins non comblés.

Lors de votre reprise du travail, avez-vous perçu un besoin qui n'a pas été répondu par un service disponible ou une personne compétente?

Probes :

- Quels besoins?
- Qui?
- Quoi?

Et maintenant, plusieurs années après la maladie, ressentez-vous un besoin qui n'est pas actuellement répondu par un service disponible ou par une personne compétente pour vous permettre de rester au travail?

Probes :

- Quels besoins?
- Qui?
- Quoi?

Cette question est la dernière de l'entrevue. Par contre, avant de terminer, j'aimerais savoir « y a-t-il des éléments qui vous semblent importants et qui n'ont pas été discutés »?

En terminant, je vous remercie encore une fois de votre participation.

Guide d'entrevue de retour auprès de survivantes du cancer

Entrevue

« D'abord merci d'être là et d'avoir accepté de me rencontrer à nouveau. Comme je vous l'ai expliqué, la rencontre d'aujourd'hui est pour vous présenter les résultats de mes analyses. Ces analyses ont été menées sur le matériel collecté lors des entrevues que j'ai réalisées avec vous et neuf autres survivantes du cancer du sein qui ont effectué un retour au travail après la fin des traitements. Les résultats présentés aujourd'hui représentent ce qui ressort de l'ensemble des entrevues menées et non seulement de votre entrevue.

Nous allons d'abord commencer par la signature du formulaire de consentement à la recherche. Comme pour la dernière fois, cette procédure obligatoire vise à protéger des gens qui comme vous donnent du temps pour faire avancer les connaissances. Voici le formulaire. Prenez le temps de le lire et vous pouvez me poser toutes les questions qui vous passent par la tête. Ensuite, vous pourrez le signer et nous commencerons l'entrevue.

Je vais maintenant vous présenter les résultats et vous les expliquer. Si vous avez des interrogations, n'hésitez pas à m'arrêter à tout moment. Lorsque la présentation des résultats sera terminée, nous commencerons l'entrevue qui aura comme objectif de valider ou invalider notre compréhension par rapport à l'expérience de retour et maintien au travail après un cancer du sein.

Maintenant que nous sommes prêtes à commencer l'entrevue, je vais vous poser plusieurs questions portant sur ces résultats. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous avez le droit de refuser de répondre aux questions et en tout temps, vous pouvez demander d'arrêter l'entrevue. Finalement, soyez à l'aise de répondre vraiment ce que vous pensez puisque votre nom n'apparaîtra nulle part dans les documents de l'étude mis à part votre formulaire de consentement. Comme mentionné dans le formulaire, j'aimerais enregistrer l'entrevue afin de faciliter la prise de notes. En aucun cas, cette entrevue ne sera utilisée autrement que pour ce projet ».

Question 1 :

En quoi vous reconnaissez-vous dans ces résultats?

Probes :

- Élément(s) en particulier?
- Y voyez-vous une autre interprétation ou une précision à apporter?

Question 2 :

Qu'est-ce qui vous surprend dans les résultats que je vous ai présentés?

Probes :

- En quoi est-ce surprenant?
- À quoi vous seriez-vous attendus par rapport à cet élément?
- Y voyez-vous une autre interprétation?
- Croyez-vous qu'une précision devrait être apportée?

Question 3 :

Y a-t-il un élément qui vous semble particulièrement important dans les résultats que je vous ai présentés?

Probes :

- Lequel?
- En quoi est-il si important?

Question 4 :

Y a-t-il un élément qui vous semble important et qui n'apparaît pas dans les résultats que je vous ai présentés?

Probes :

- Qui?
- Quoi?

Cette question est la dernière de l'entrevue. En terminant, je vous remercie encore une fois de votre participation.

ANNEXE 2 – QUESTIONNAIRE POST-ENTREVUE

QUESTIONNAIRE POST-ENTREVUE

Ce questionnaire sert à recueillir des données sur votre situation personnelle, votre situation de santé et votre milieu de travail. Si vous ne souhaitez pas répondre à une de ces questions, soyez libre de passer à la suivante.

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1- Quel âge avez-vous?

- ☐ 18-20 ans
- ☐ 21-25 ans
- ☐ 26-30 ans
- ☐ 31-35 ans
- ☐ 36-40 ans
- ☐ 41-45 ans
- ☐ 46-50 ans
- ☐ Plus de 50 ans

2- Quel est votre état civil?

- ☐ Célibataire
- ☐ Conjoint de fait
- ☐ Mariée
- ☐ Veuve
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

3- Combien d'enfant(s) avez-vous à votre charge? _____

10- Date de la reprise du travail : _____

11- Quel est le titre de votre emploi actuel ? : _____

12- Nombre d'employé(e) s dans l'entreprise où vous travaillez actuellement :

13- Appartenez-vous à un syndicat?

☐ Oui

☐ Non

14- Votre travail actuel exige-t-il de manutentionner (prendre, porter et déposer) des objets?

☐ Non Passez à la question 15.

☐ Oui

Objets manutentionnés : _____

Nombre total estimé de manutention par jour : _____

Poids approximatif des objets manutentionnés : _____

Distance à parcourir : _____

Vous arrive-t-il d'avoir à prendre, porter ou déposer des objets en ayant les bras au-dessus des épaules?

☐ Oui

☐ Non

15- Votre travail actuel nécessite-t-il de faire d'autres efforts avec les bras (tirer, pousser, lever, abaisser, tourner, etc.)?

☐ Non Passez à la question 16.

☐ Oui

☐

Tirer :

☐

Lever :

☐

Tourner :

☐

Pousser :

☐

Abaissier :

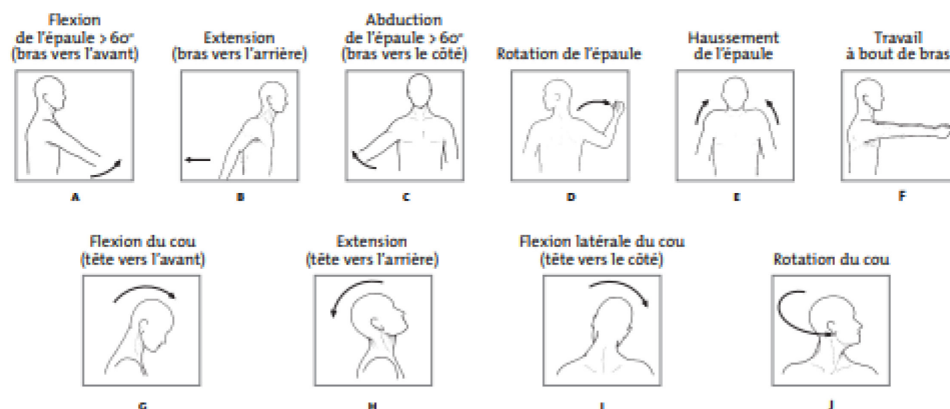
☐

Autre (spécifier) : _____

16- Votre travail actuel nécessite-t-il que vous adoptiez des postures exigeantes pour votre cou ou vos épaules?

☐ Non Passez à la question 17.

☐ Oui Encerclez les images représentant les positions exigées.



17- Votre travail actuel exige-t-il une répétition des mêmes mouvements de bras?

☐ Non Passez à la question 18.

☐ Oui Décrivez le ou les mouvement(s) répété (s) : _____

18- Dans le cadre de votre travail actuel, vos bras et vos mains sont-ils exposés à des vibrations provenant d'un outil?

☐ Non Passez à la question 19.

☐ Oui Préciser l'outil et l'activité : _____

DONNÉES CLINIQUES

19- Date du diagnostic : _____

20- À quel stade en était la maladie au moment du diagnostic :

☐ Nouveau cancer :

☐ Localisé

☐ Métastatique

☐ Récidive

21- Quel(s) type(s) de traitement avez-vous subi(s) (cochez tout ce qui s'applique) :

☐ Chimiothérapie

☐ Radiothérapie

☐ Chirurgie

☐ Hormonothérapie

☐ Autre (spécifiez) : _____

22- Date de fin des traitements : _____

23- Traitement(s) toujours en cours (cochez tout ce qui s'applique) :

- ☐ Chimiothérapie
- ☐ Radiothérapie
- ☐ Chirurgie
- ☐ Hormonothérapie
- ☐ Thérapie biologique
- ☐ Autres (spécifiez) : _____

24- Souffrez-vous d'une ou de plusieurs de ces problèmes de santé (cochez tout ce qui s'applique) ?:

- ☐ Allergies alimentaires
- ☐ Allergies non alimentaires
- ☐ Arthrite (incluant les rhumatismes)
- ☐ Asthme
- ☐ Diabète
- ☐ Douleur chronique
- ☐ Hypertension
- ☐ Maladies cardiaques
- ☐ Maladies pulmonaires chroniques
- ☐ Obésité
- ☐ Ostéoporose
- ☐ Problèmes de santé mentale
- ☐ Problèmes de thyroïde
- ☐ Autre(s) (spécifiez) : _____

Je vous remercie de votre participation!

ANNEXE 3 – GRILLE DE CODAGE SEMI-OUVERTE

Santé et bien-être	SBE
SBE : Médical	SBE-MED
SBE : Comportemental	SBE-COMP
SBE : Social	SBE-SO
Capacité	CA
CA : Physique	CA-PHY
CA : Cognitive	CA-COG
CA : Émotionnelle	CA-EMO
CA : Relationnelle	CA-REL
Demande du travail	DT
DT : Physique	DT-PHY
DT : Cognitive	DT-COG
DT : Émotionnelle	DT-EMO
DT : Relationnelle	DT-REL
Symptômes	SY
SY : Fatigue	SY-FAG
SY : Troubles cognitifs	SY-TC
SY : Détresse	SY-DET
SY : Douleur	SY-DOU
SY : Problème de sommeil	SY-SOM
SY : Dyspnée	SY-DY
SY : Autres	SY-AU
Identité	ID
ID : Personnelle	ID-PER
ID : Travailleur	ID-TRA
ID : Patient/survivant du cancer	ID-SUR
Environnement de travail	ET
ET : Flexibilité	ET-FLEX
ET : Soutien	ET-SOUT
ET : Climat	ET-CLIM
ET : Stress au travail	ET-ST
Caractéristiques non modifiables de la survivante	CAR
CAR : Âge	CAR-ÂGE
CAR : Genre	CAR-GE
CAR : Race	CAR-RA
CAR : État civile	CAR-EC
CAR : Statut socio-économique	CAR-SSE
CAR : Origine ethnique	CAR-OE
CAR : Contexte familial	CAR-CF
Signification du travail	STR
STR : Normalité	STR-NO
STR : Structure de vie	STR-STV
STR : Épanouissement	STR-EP
STR : Distraction	STR-DI
Sentiment d'efficacité personnelle relatif au travail	SEPT

Pression financière perçue	PFP
Politiques, procédures et facteurs économiques	PPFE
PPFE : Organisationnels	PPFE-ORG
PPFE : Légaux	PPFE-LEG
PPFE : Financiers	PPFE-FIN
Interventions auprès de l'individu	II
II : Remise passive d'information	II-RIN
II : Counseling individuel	II-CI
II : Groupe de soutien/information/discussion	II-GSID
Intervention dans le milieu de travail	IMT
IMT : Stratégies formelles	IMT-SF
IMT : Stratégies informelles	IMT-SI
Retour au travail	RAT
Maintien au travail	MAT

ANNEXE 4 – EXEMPLE DE MATRICE POUR L'ANALYSE DE CONTENU

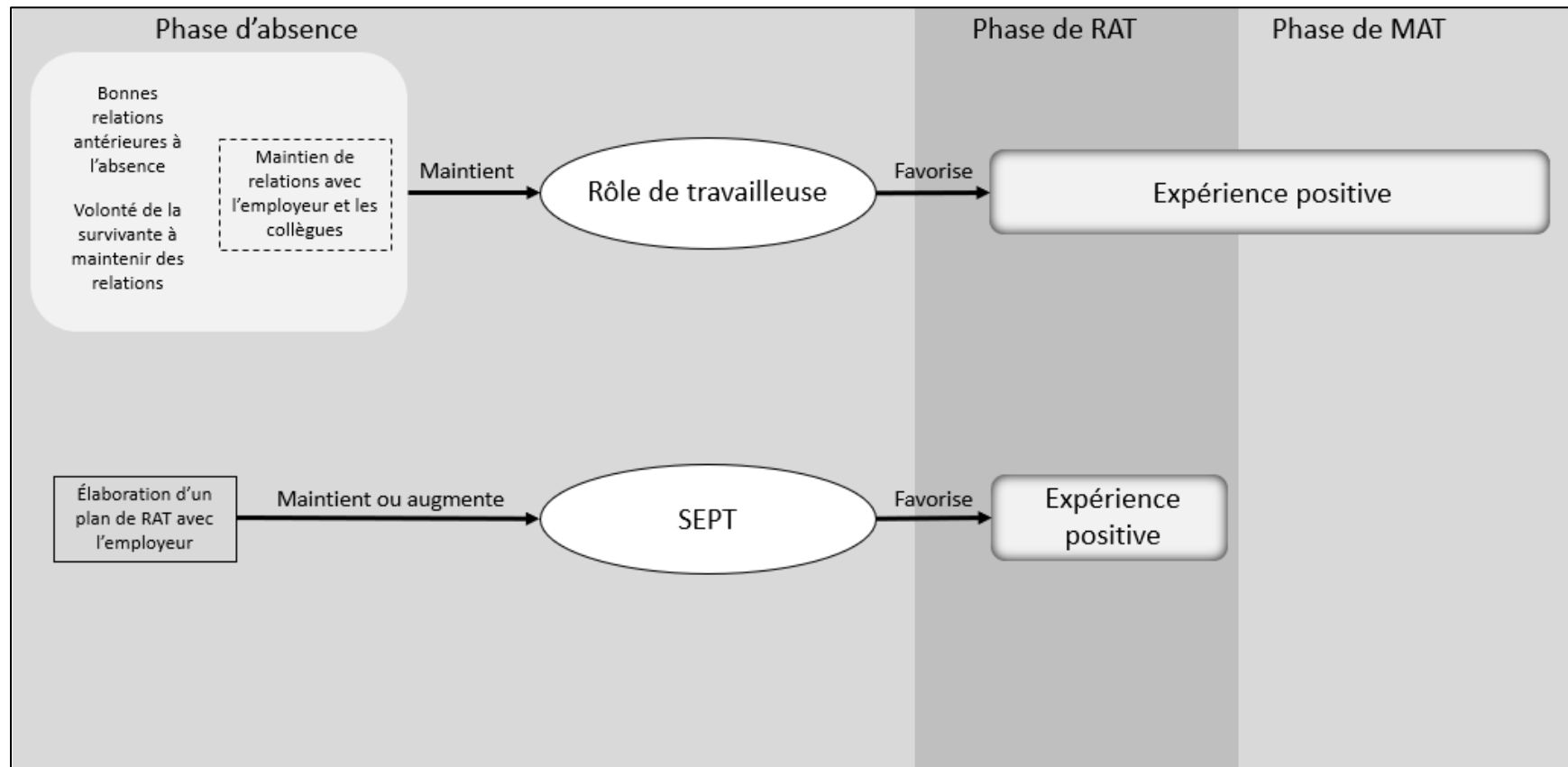
Extrait matrice « collègues pendant l'absence »

Sources	Acteurs	Milieu de travail	Travailleuse	Intervention		Notes/commentaires
	Collègues	Soutien	SEPT	Initiative personnelle	Intervention souhaitée	
1MAT	les filles me tenaient au courant			j'envoyais des petits emails, puis un moment donné, ben j'ai été faire des tours aussi au bureau de temps en temps, parce que j'habitais pas loin.		Contact avec le milieu de travail pendant l'absence – Processus de gestion des absences et du RAT (Durand et al., 2014) Rôles et responsabilités des collègues
2MAT	Collègues maladroits lors du premier RAT – veulent aider, mais ne savent pas comment...				Pourquoi pas donner (une rencontre avec les collègues pour éviter leur maladresse), dans un milieu où est-ce qu'il y a des femmes qui ont été malades, qui ont eu des cancers, pourquoi pas qu'ils n'iront pas leur donner des restes, pourquoi pas? Ils sont pas obligés de le faire à toutes les écoles, parce qu'il n'y en n'a pas à toutes les écoles, c'est pas une épidémie là, mais pourquoi pas. I : Et ça, ça serait bien de le faire avant le retour, pendant le retour? P : Avant. Moi je veux pas être là.	RAT dans processus de GARAT Plan de Rat et accommodement dans processus de GARAT
3MAT	Surtout collègues de travail, puis collègues vétérinaires aussi, plus les employés de soutien, la réceptionniste, les techniciennes	Eh, ça peut être parce que les gens m'ont envoyé des fleurs pendant mon traitement, c'est pas nécessairement des gestes concrets, mais c'est dans la façon de parler des fois, il y a des choses qui se sentent, quand les gens sont sincères aussi, c'est plus dans le non-verbal.				Contact pendant absence Rôles et responsabilités des collègues

Extrait de la matrice « Communication collègues-survivantes pendant l'absence »

Sources	Types de communication					Acteurs		Initiateur		Sujets des communications			Impact perçu
	Échanges courriels	Appels téléphoniques	Visites du milieu de travail	Envoi de cadeaux	Sorties (ex. resto)	Survivante	Collègues	Survivante	Collègues	Donner des nouvelles	Avoir des nouvelles du milieu de travail	Le travail	
1MAT	X		X			X	X	X		X	X		Savait que sa chef d'équipe ne serait plus la même qu'avant l'absence
3MAT			X	X		X	X	X	X		X		Ben, ça me faisait du bien
4MAT	X					X	X	X		X	X		Ça me gardait, ça me donnait le goût de revenir
5MAT			X	X		X	X	X	X	X			Reconnaissance de nos collègues
6MAT		X				X	X						
7MAT	X	X			X	X	X				X		Ils me disaient un peu ce qui se passait, comment ça se passait, s'ils engageaient, s'il y avait des changements au niveau de la structure, des choses comme ça, oui j'étais un petit peu au courant, pas beaucoup parce que je voulais pas nécessairement me retremper là-dedans, mais j'étais un petit peu au courant des affaires qui se passaient autour

ANNEXE 5 – EXEMPLE DE FIGURE PRESENTEE LORS DU RETOUR AUX SURVIVANTES



ANNEXE 6 – GRILLES D’EXTRACTION SYSTEMATIQUE DES DONNEES POUR LA REVUE DES ECRITS

Intervention clinique

Titre Auteurs/Année/Mots clés Pays	
<u>Devis</u>	<u>But</u>
<u>Participants</u>	<u>Déroulement de l'intervention</u>
<u>Théories et/ou hypothèses</u>	
<u>Contexte</u>	<u>Objectifs de l'intervention</u>
<u>Activités ou actions</u>	<u>Acteurs impliqués</u>
-	-
-	-
-	
<u>Mesures d'effets ou de résultats utilisées</u>	<u>Résultats ou effets mesurés ou prévus</u>
<u>Facteurs facilitants pour l'implantation</u>	<u>Obstacles à l'implantation</u>
<u>Discussion</u>	
<u>Grandes recommandations</u>	
<u>Conclusion</u>	
<u>Commentaires</u>	

Intervention en milieu de travail

Titre Auteurs/Année/Mots clés Pays	
<u>But de l'étude</u>	
<u>Devis</u>	<u>Échantillon</u>
<u>Secteur d'activité</u>	<u>Contexte du milieu de travail</u>
<u>Types de tâches exécutées</u>	<u>Contexte (loi, politique etc)</u>
<u>Objectifs de l'intervention</u>	<u>Théories et/ou hypothèses</u>
<u>Acteurs impliqués, externes au milieu de travail</u>	<u>Activités ou actions</u>
<u>Acteurs impliqués, du milieu de travail</u>	<u>Activités ou action</u>
<u>Mesures d'effets ou de résultats utilisées</u>	<u>Résultats ou effets mesurés ou prévus</u>
<u>Facteurs facilitants pour l'implantation</u>	<u>Obstacles à l'implantation</u>
<u>Discussion</u>	
<u>Grandes recommandations</u>	
<u>Conclusion</u>	
<u>Commentaires</u>	

ANNEXE 7 – MATRICES DE PRESENTATION ET DE COMPARAISON DES DONNEES POUR LA REVUE DES ECRITS

Caractéristiques générales des articles inclus (milieux cliniques)

Auteur, date et pays	Devis	Participants	Nombre de sujets inclus	Interventions	Suivis et éléments mesurés	Qualité
Bains et al. ²⁵ 2011 Angleterre	Devis prospectif pré-test et post-test (sans groupe contrôle)	Patients diagnostiqués d'un Âge moyen : 56.25 ans Hommes : 61 % Cancer colorectal : 100 %	n=13	Intervention en milieu clinique, externe* Lieu de l'intervention : Dans un département d'oncologie Moment de l'intervention : Pendant les traitements anti-cancéreux Durée de l'intervention : Ponctuelle, une seule rencontre Composantes de l'intervention : 1- Remise passive d'information 2- Counseling individuel	6 mois plus tard Capacité au travail, ajustements au travail, diverses variables psychologiques, utilité de l'intervention, « timing » de l'intervention, faisabilité générale de l'intervention et façons d'améliorer l'intervention	Faible
De Blasi et al. ³⁶ 2014 France	Étude pilote exploratoire avec une approche qualitative	Patients et survivants du cancer Âge moyen : 47 ans Femmes : 85 % Cancer du sein : 80 % En rémission : 95 %	Groupe expérimental : n=20 Groupe de comparaison : n=43	Intervention en milieu clinique, externe Lieu de l'intervention : Centre Hospitalier Universitaire Moment de l'intervention : Pendant ou après la fin des traitements anti-cancéreux (selon la volonté du participant) Durée de l'intervention : 10 mois Composantes de l'intervention : 1. Counseling individuel 2. Groupe de soutien/discussion/information	Entre 12 et 18 mois après la dernière rencontre Point de vue subjectif des participants quant à la modalité du soutien, leur expérience en tant que participant, les bénéfices éventuels du groupe de soutien et des façons de l'améliorer.	
Groeneveld et al. ²⁹ 2013 Pays-Bas	Étude qualitative avec une approche phénoménologique	Survivants du cancer Âge moyen : 56 ans Femmes : 90 % Cancer du sein : 70 %	n=10	Intervention en milieu clinique, externe Lieu de l'intervention : Centre médical Moment de l'intervention : Après la fin des traitements anti-cancéreux Durée de l'intervention : 12 semaines Composante de l'intervention : 1- Activité physique	Dans les mois suivant la fin du programme. Conséquences perçues du cancer et des traitements pour le RAT et la performance au travail, l'expérience vécue par le participant en lien avec le soutien du superviseur immédiat et du médecin spécialiste du travail durant le processus de RAT, l'expérience vécue avec le programme d'exercices, les effets perçus du programme d'exercices, l'influence perçue de l'exercice physique sur le RAT et la performance au travail et l'influence perçue du RAT sur l'exercice physique.	
Hubbard et al. ²⁶ 2013 Royaume-Uni	Étude de faisabilité incorporant un devis pilot d'étude randomisée contrôlée pour une intervention à deux groupes	Survivantes du cancer du sein (poste chirurgie) Âge moyen : 50.5 ans Cancer stade II : 44 %	Groupe expérimental : n=7 Groupe de comparaison : n=11	Intervention en milieu clinique, externe Lieu d'intervention : Au téléphone Moment de l'intervention : Après la fin des traitements anti-cancéreux Durée de l'intervention : Ponctuelle, souvent un seul téléphone Composantes de l'intervention : 1- Remise passive d'information 2- Counseling individuel 3- Continuité d'approche	6 et 12 mois après la chirurgie Nombre de jours d'absence au travail dans les 6 mois suivant la chirurgie, nombre de jours maladie pris dans les 4 semaines précédant le suivi de 12 mois (en lien ou non avec l'expérience de cancer), changement dans le statut d'emploi, qualité de vie et fatigue.	Faible
Nieuwenhuijsen et al. ³⁰ 2006 Pays-Bas	A patient series design	Patients atteints d'un cancer et leur médecin spécialiste du travail Âge moyen patient : 45.8 ans Hommes : 27 % Cancer du sein : 50 %	Patients : n=35 Médecin spécialiste du travail : n=24	Intervention en milieu clinique, externe Lieu d'intervention : Département de radiothérapie Moment de l'intervention : Pendant les traitements anti-cancéreux Durée de l'intervention : Le temps des traitements de radiothérapie Composantes de l'intervention :	8 semaines après la fin des traitements Probabilité perçue par le patient du RAT, satisfaction du patient par rapport aux conseils contenus dans le dépliant, adhérence des participants aux conseils	

Auteur, date et pays	Devis	Participants	Nombre de sujets inclus	Interventions	Suivis et éléments mesurés	Qualité
				1- Remise passive d'information 2- Continuité informationnelle	présentés dans le dépliant, RAT, satisfaction du médecin spécialiste du travail par rapport à l'intervention et sa perception de l'influence de cette dernière sur les efforts de réhabilitation.	
Tamminga et al. ^{21, 22, 23} 2010, 2012 et 2014 Pays-Bas	Étude randomisée contrôlée multicentrique avec suivi sur une période de 2 ans	Patientes en traitement pour un cancer Âge moyen : 47.5 ans Cancer du sein : 62 %	Groupe expérimental : n=65 Groupe de comparaison : n=68	Intervention en milieu clinique, externe Lieu d'intervention : 6 hôpitaux (multicentrique) Moment de l'intervention : Pendant les traitements anti-cancéreux Durée de l'intervention : un maximum de 14 mois Composantes de l'intervention : 1- Remise passive d'information 2- Counseling individuel 3- Implication du milieu de travail	6, 12, 18 et 24 mois après l'intervention RAT, qualité de vie, capacité au travail, limites au travail, faisabilité de l'étude et coûts directs et indirects de l'intervention	Faible
Vidor et al. ²⁴ 2014 France	Le développement de l'intervention est basé sur : 1) Les facteurs identifiés dans la les écrits scientifiques comme ayant une influence positive ou négative sur le RAT 2) Les résultats des études précédentes portant sur des interventions ayant pour but le RAT de patients atteints d'un cancer 3) Les données rapportées par la plateforme du « Service d'information emploi-santé » (SEIS) du CHRU Lille L'effet de l'intervention sera éventuellement testé avec une étude randomisée contrôlée	Survivantes d'un cancer du sein unilatéral, Âgées entre 18 et 55 ans		Intervention en milieu clinique, externe Lieu d'intervention : À l'hôpital Moment de l'intervention : Pendant et après la fin des traitements anti-cancéreux Durée de l'intervention : Environ un an Composantes de l'intervention : 1- Continuité informationnelle 2- Counseling individuel	12, 18 et 24 mois après le diagnostic Évaluation de l'effet du soutien actif psychosocial individuel précoce p/r au traitement conventionnel de réduction des inégalités sociales du RAT et évaluation de l'effet du soutien actif psychosocial individuel précoce par rapport au traitement conventionnel sur la qualité du RAT et sur les ressources individuelles et collectives du patient	N/A
Thijs et al. ³¹ 2012 Pays-Bas	Étude de cohorte rétrospective	Survivants du cancer Majoritairement des femmes Âge moyen : 49 ans Femmes : en majorité Cancer du sein : en majorité	Groupe expérimental : n=72 Groupe de comparaison : n=38	Intervention en milieu clinique, externe Lieu d'intervention : 3 hôpitaux universitaires (multicentrique) Moment de l'intervention : Minimum de 6 semaines après la fin des traitements anti-cancéreux Durée de l'intervention : 18 semaines Composante de l'intervention : 1- Activité physique	Changement dans les nombres d'heures travaillées, temps pris pour le RAT (parfois partiel), temps pris pour le RAT complet	Forte
Maguire et al. ²⁷ 1983	Étude contrôlée	Patientes atteintes d'un cancer du sein	Groupe expérimental : n=75 Groupe de comparaison : n=77	Intervention en milieu clinique et à domicile, externe Lieu d'intervention : À l'hôpital et à domicile	Tout de suite après la chirurgie, 3, 12 et 18 mois suivant	Faible

Auteur, date et pays	Devis	Participants	Nombre de sujets inclus	Interventions	Suivis et éléments mesurés	Qualité
Angleterre				Moment de l'intervention : Après la fin des traitements anti-cancéreux (chirurgie) Durée de l'intervention : 2 mois Composante de l'intervention : 1- Counseling individuel	Évaluation du rétablissement physique et social et performance au travail	
Berglund et al. ^{37 et 38} 1993 et 1994 Suède	Devis prospectif avec un groupe de comparaison apparié (1993) Devis prospectif avec groupes randomisés contrôlés (1994)	Survivants du cancer Cancer du sein : 83 % (1993) et 80 % (1994)	Groupe expérimental (1993) : n=30 Groupe de comparaison (1993) : n=30 Groupe expérimental (1994) : 90 Groupe de comparaison (1994) : n=10	Intervention en milieu clinique, externe Lieu d'intervention : Centre de conditionnement physique et hôpital Moment de l'intervention : Après la fin des traitements anti-cancéreux Durée de l'intervention : 7 semaines Composantes de l'intervention : 1- Activité physique 2- Groupe de soutien/discussion/information	Après les activités du groupe et 3, 6 et 12 mois suivants Travail et congé maladie	Moyenne (1994)
Bertheussen et al. ³⁹ 2012 Norvège	Étude d'intervention à devis prospectif ouvert	Survivants du cancer Âge moyen : 52.5 ans Femmes : 77 % Cancer du sein : 56 %	n=163	Intervention en milieu clinique, séjour** Lieu d'intervention : Centre de réadaptation Moment de l'intervention : Après la fin des traitements anti-cancéreux Durée de l'intervention : 15 semaines (séjour de 3 semaines suivi d'un séjour d'une semaine 8 à 12 semaines plus tard) Composantes de l'intervention : 1- Counseling individuel 2- Activité physique 3- Groupe de soutien/discussion/information 4- Continuité d'approche	Au moment du séjour de suivi (8 à 12 semaines après le 1 ^{er} séjour) et 6 mois après la fin du séjour de suivi Qualité de vie, niveau de fatigue, niveau d'activité physique, statut d'emploi, performance aux tests physiques, diminution de la proportion de participants en congé maladie, changement dans le statut d'emploi	Faible
Mehnert et Koch ⁴² 2013 Allemagne	Étude longitudinale prospective	Survivants du cancer Âge moyen : 48.7 ans Cancer du sein : 59.5 %	n=750	Intervention en milieu clinique, séjour Lieu d'intervention : Clinique de réadaptation Moment de l'intervention : Après la fin des traitements anti-cancéreux Durée de l'intervention : 3 semaines Composantes de l'intervention : 1- Counseling individuel 2- Activité physique 3- Groupe de soutien/discussion/information 4- Physiothérapie 5- Psychothérapie individuelle	À la fin du séjour de réhabilitation et 12 mois après. Situation d'emploi, temps pris pour RAT, caractéristiques de l'emploi, informations en lien avec l'emploi (statut professionnel, capacité au travail, période de congé maladie, satisfaction au travail, demandes de l'emploi, capacité au travail perçue et perception de menace de perte d'emploi)	Moyenne
Sachs et al. ³² 1980 États-Unis	Étude non contrôlée	Patientes atteintes du cancer du sein	n=107	Intervention en milieu clinique, séjour Lieu d'intervention : Hôpital Moment de l'intervention : Pendant et après la fin des traitements anti-cancéreux (dans les jours suivant la chirurgie) Durée de l'intervention : Environ 5 jours Composantes de l'intervention : 1- Activité physique 2- Counseling individuel 3- Groupe de soutien/discussion/information 4- Continuité d'approche	Trois mois après la sortie de l'hôpital Retour aux activités quotidiennes, RAT, amplitude de mouvement et stress émotionnel	Faible
Capone et al. ³³ 1980	Étude non contrôlée	Patientes atteintes d'un cancer gynécologique	Groupe expérimental : n=56 Groupe de comparaison : n=41	Intervention en milieu clinique, séjour Lieu d'intervention : Hôpital	3, 6 et 12 mois après les consultations	Moyenne

Auteur, date et pays	Devis	Participants	Nombre de sujets inclus	Interventions	Suivis et éléments mesurés	Qualité
États-Unis				Moment de l'intervention : Avant et pendant les traitements anti-cancéreux (pendant l'hospitalisation) Durée de l'intervention : Non mentionné Composantes de l'intervention : 1- Counseling individuel 2- Groupe de soutien/discussion/information	RAT, valeurs sentimentales et fonctions sexuelles	
Gordon et al. ³⁴ 1980 États-Unis	Étude contrôlée avec groupes non équivalents (deux groupes contrôles et un groupe intervention) et avec multiple « <i>time series</i> »	Patients atteints de cancer Femmes : 67 % Cancer du sein : 31.8 %	Groupe expérimental : n=157 Groupe de comparaison 1 : n=83 Groupe de comparaison 2 : n=68	Intervention en milieu clinique, séjour et en externe Lieu d'intervention : À l'hôpital Moment de l'intervention : Pendant et après les traitements anti-cancéreux Durée de l'intervention : 6 mois Composantes d'intervention : 1- Groupe de soutien/discussion/information 2- Continuité d'approche	Au départ de l'hôpital, 3 et 6 mois après le départ de l'hôpital Statut d'emploi, problèmes, et leur sévérité, rapportés par les patients	Forte

*Intervention se tenant lors de courtes visites (de soins, de suivi...) en milieux cliniques

**Intervention se tenant dans des cliniques spécialisées où les participants séjournent jours et nuits sur une période déterminée de temps

Caractéristiques générales des articles inclus (milieux de travail)

Auteur, date et pays	Devis	Participants	Nombre de sujets inclus	Interventions	Suivis et éléments mesurés	Qualité
Grunfeld, et al. ²⁸ 2008 Royaume-Uni	Étude exploratoire	Personnel de départements de ressources humaines, de département de médecine du travail, de département de santé et sécurité au travail ou d'autres départements de différentes compagnies sondées	n=252 répondants	Intervention en milieu de travail Accommodements formels <ul style="list-style-type: none"> - Politiques et procédures p/r au RAT - Services de RAT offerts 	Un seul sondage, une fois. Expérience de cancer et RAT, politiques et procédures du milieu de travail p/r au RAT, les services offerts par le milieu de travail p/r au RAT, croyances p/r au RAT après un diagnostic de cancer	
Sandberg et al. ³⁵ 2014 É.-U.	Étude pilote exploratoire	Survivantes du cancer du sein qui ont eu un emploi payé après la fin de leurs traitements	n=14	Intervention en milieu de travail Accommodements formels <ul style="list-style-type: none"> - Modification des horaires de travail - Modification des tâches de travail - Modification de l'environnement de travail Accommodements informels <ul style="list-style-type: none"> - Réduction des activités en milieu de travail non associées à l'emploi - Soutien des collègues - Stratégies individuelles 	Entrevues tenues 3 à 24 mois après le diagnostic Modification des horaires de travail, modification des tâches de travail, modification de l'environnement de travail, réduction des activités en milieu de travail non associées à l'emploi, soutien des collègues, stratégies individuelles, utilisation de plusieurs stratégies simultanément et stratégies informelles ou formelles	
Nowrouzi et al. ⁴¹ 2009 Canada	Étude transversale non-expérimentale par questionnaire	Employés de services de RH de différents milieux de travail.	n=101	Intervention en milieu de travail Accommodements formels <ul style="list-style-type: none"> - Assistance offerte à l'employé : temps payé pour se rendre aux rendez-vous médicaux, offre d'une rencontre pré-RAT entre un spécialiste du RAT, l'employeur et l'employé - Accommodations : partage du travail, des tâches ou des responsabilités, réduction des heures de travail, possibilité de travailler de la maison, périodes de pauses ou de repos supplémentaires dans la journée, ajustements de l'environnement de travail et du poste de travail (supporté par l'employeur) 	Sondage tenu une seule fois Assistance offerte à l'employé, type d'accommodements et caractéristique des compagnies sondées.	
Torp et al. ⁴⁰ 2012 Norvège	Étude cohorte rétrospective	Survivants du cancer 68 % de femmes 67 % avaient un cancer du sein Âge moyen 52 ans	n=653	Intervention en milieu de travail Accommodements formels <ul style="list-style-type: none"> - Réduction ou changement dans les heures de travail par semaine - Changement dans les tâches reliées à l'emploi pour en diminuer la demande physique ou cognitive - Latitude dans les décisions Accommodement informel <ul style="list-style-type: none"> - Soutien social 	Ajustements dans le milieu de travail et capacité au travail	

Perspectives étudiées selon les études

Auteur/date	Patients atteints de différents cancers	Patientes atteintes du cancer du sein	Survivants de différents cancers	Survivantes du cancer du sein	Médecins du travail	Gestionnaires de cas	Personnel de département RH, de médecine du travail ou de santé
Bains et al. ²⁵	X						
De Blasi et al. ³⁶	X		X				
Groeneveld et al. ²⁹			X				
Hubbard et al. ²⁶				X		X	
Nieuwenhuijsen et al. ³⁰	X				X		
Tamminga et al. ^{21, 22, 23}	X						
Vidor et al. ²⁴				X			
Thijs et al. ³¹			X				
Maguire et al. ²⁷		X					
Berglund et al. ^{37 et 38}			X				
Bertheussen et al. ³⁹			X				
Mehnert et Koch ⁴²			X				
Sachs et al. ³²				X			
Capone et al. ³³	X						
Gordon et al. ³⁴	X						
Grunfeld, et al. ²⁸							X
Sandberg et al. ³⁵				X			
Nowrouzi et al. ⁴¹							X
Trop et al. ⁴⁰			X				

**ANNEXE 8 – EXEMPLES DE MATRICES DE COMPARAISON ET INTEGRATION DES RESULTATS
DES OBJECTIFS 1 ET 2**

Exemple de matrice «Source/phase: Survivantes du cancer du sein/Absence

Facteurs	Effet du facteur	Activités ou pratiques mises en place	Effet de l'activité ou la pratique	Activités ou pratiques souhaitées	Notes
Maintien des relations avec le milieu de travail	Positif	Initiation des communications par l'employeur	Maintien de l'intérêt de reprise du travail Maintien du rôle de travailleuse	-	Importance de bonnes relations antérieures Respect de la balance entre l'intérêt de soutenir la survivante et sa vie privée
Élaboration d'un plan de RAT avec l'employeur	Positif	Développement d'une structure de RAT avant le retour dans le milieu	Perception de soutien Maintien du rôle de travailleuse Sentiment de sécurité	-	-

Exemple de matrice «Source/phase : Écrits scientifiques/Absence

Facteurs	Effet du facteur	Activités ou pratiques mises en place	Effet de l'activité ou la pratique	Activités ou pratiques souhaitées	Notes
Maintien des relations avec le milieu de travail	-	Remise d'un dépliant d'informations au survivant, par le radiooncologue, à la fin des traitements	-	-	-
Élaboration d'un plan de RAT	-	Évaluation des capacités au travail Rencontre individuelle avec le travailleur social et le médecin du travail Remise du plan de RAT sous forme d'une prescription	-	-	-
	-	Remise d'un dépliant d'informations au survivant, par le radiooncologue, à la fin des traitements	-	-	-

Exemple de matrice combinant les résultats de l'expérience des survivantes et les données sur les interventions présentées dans les écrits

Phase d'absence

Source de données	Facteurs	Activités ou pratiques mises en place	Effet de l'activité ou la pratique	Activités ou pratiques souhaitées	Notes
Survivantes du cancer du sein	Maintien des relations avec le milieu de travail	Initiation des communications par l'employeur	Maintien de l'intérêt de reprise du travail Maintien du rôle de travailleuse	-	Importance de bonnes relations antérieures Respect de la balance entre l'intérêt de soutenir la survivante et sa vie privée
	Élaboration d'un plan de RAT avec l'employeur	Développement d'une structure de RAT avant le retour dans le milieu	Perception de soutien Maintien du rôle de travailleuse Sentiment de sécurité	-	-
	Présence de conséquence du cancer et des traitements	-	-	Information et outils pour la gestion des conséquences du cancer en contexte de réappropriation du travail	-
	Manque d'informations sur la gestion des conséquences liés au cancer et aux traitements	-	-	Information et outils pour la gestion des conséquences du cancer en contexte de réappropriation du travail	-
Écrits scientifiques	Maintien des relations avec le milieu de travail	Remise d'un dépliant d'informations au survivant, par le radiooncologue, à la fin des traitements	-	-	-
	Élaboration d'un plan de RAT	Évaluation des capacités au travail Rencontre individuelle avec le travailleur social et le médecin du travail Remise du plan de RAT sous forme d'une prescription	-	-	-

Exemple de tableau synoptique (combinaison des résultats des deux sources): Phase d'absence

Facteurs	Activités ou pratiques mises en place	Effet de l'activité ou la pratique	Activités ou pratiques souhaitées	Notes
Maintien des relations avec le milieu de travail	Initiation des communications par l'employeur Remise d'un dépliant à la survivante, conseillant le maintien des relations avec le milieu de travail	Maintien de l'intérêt de reprise du travail Maintien du rôle de travailleuse	-	Importance de bonnes relations antérieures Respect de la balance entre l'intérêt de soutenir la survivante et sa vie privée
Élaboration d'un plan de RAT	Développement d'une structure de RAT avant le retour dans le milieu Évaluation (par questionnaire) des capacités au travail de la survivante Rencontre individuelle avec un professionnel de la santé Remise d'un plan de RAT au survivant, par le professionnel de la santé, sous forme de prescription Remise d'un dépliant à la survivante, conseillant d'élaborer un plan de RAT et informant sur la façon de le faire	Perception de soutien Maintien du rôle de travailleuse Sentiment de sécurité	-	-

ANNEXE 9 – GUIDES D’ENTREVUE DES EXPERTS DU TERRAIN

Guide d'entrevue « Suggestions activités » – Experts du terrain**Entrevue**

« D'abord merci d'être là et d'avoir accepté de participer à ce projet. Comme je vous l'ai expliqué, une proposition d'intervention pour favoriser le retour au travail des femmes après un cancer du sein a été développée dans le cadre d'un projet de doctorat et nous aimerions maintenant vous la présenter et recueillir vos impressions.

Nous allons d'abord commencer par la signature du formulaire de consentement à la recherche. Il s'agit d'une procédure obligatoire visant à protéger des gens qui comme vous donnent du temps pour faire avancer les connaissances. Voici le formulaire. Prenez le temps de le lire et vous pouvez me poser toutes les questions qui vous passent par la tête. Ensuite, vous pourrez le signer et nous commencerons l'entrevue.

Maintenant que nous sommes prêtes à commencer l'entrevue, je vais vous poser des questions portant sur l'intervention que je vous ai fait parvenir il y a deux semaines. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous avez le droit de refuser de répondre aux questions et en tout temps, vous pouvez demander d'arrêter l'entrevue. Finalement, soyez à l'aise de répondre vraiment ce que vous pensez puisque votre nom n'apparaîtra nulle part dans les documents de l'étude mis à part votre formulaire de consentement. Comme mentionné dans le formulaire, j'aimerais enregistrer l'entrevue afin de faciliter la prise de notes. En aucun cas, cette entrevue ne sera utilisée autrement que pour ce projet ».

Le premier produit identifié dans la proposition porte sur le maintien de relations entre des acteurs du milieu de travail et la survivante pendant la phase d'absence.

Probes :

- Pertinence?
- Comment favoriser ce maintien?
- Ressources potentiellement nécessaires?
- Éléments à faire attention?

Le deuxième produit fait référence à une préparation conjointe (employeur et survivante) des phases de RAT et de MAT.

Probes :

- Pertinence?
- Comment favoriser cette préparation?
- Ressources potentiellement nécessaires?
- Éléments à faire attention?

Le troisième produit porte sur l'autogestion des symptômes toujours présents lors des phases de RAT et de MAT.

Probes :

- Pertinence?
- Comment favoriser cette préparation?
- Ressources potentiellement nécessaires?
- Éléments à faire attention?

Cette question est la dernière de l'entrevue. Par contre, avant de terminer, j'aimerais savoir « y a-t-il des éléments qui vous semblent importants et qui n'ont pas été discutés? »

En terminant, je vous remercie encore une fois de votre participation.

Guide d'entrevue « Appréciation de la pertinence et de l'applicabilité » – Experts du terrain

Entrevue

« D'abord merci encore d'avoir accepté de participer à ce projet.

Maintenant que nous sommes prêtes à commencer l'entrevue, je vais vous poser plusieurs questions portant sur l'intervention que je vous ai fait parvenir il y a deux semaines. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous avez le droit de refuser de répondre aux questions et en tout temps, vous pouvez demander d'arrêter l'entrevue. Finalement, soyez à l'aise de répondre vraiment ce que vous pensez puisque votre nom n'apparaîtra nulle part dans les documents de l'étude mis à part votre formulaire de consentement. Comme mentionné dans le formulaire, j'aimerais enregistrer l'entrevue afin de faciliter la prise de notes. En aucun cas, cette entrevue ne sera utilisée autrement que pour ce projet ».

Est-ce que cette proposition d'intervention rejoint les éléments discutés lors de notre première rencontre?

Que pensez-vous des différentes activités de la proposition d'intervention?

Probes :

- Éléments surprenants?
- Éléments superflus?
- Pertinence?
- Redondances avec des activités déjà en place dans votre milieu?

Pensez-vous que l'intervention telle que proposée répondra à des besoins des survivantes du cancer du sein par rapport au RAT et au MAT?

Probes :

- Quels besoins?
- Qui a ses besoins?
- Pertinence?
- Redondance avec d'autres initiatives qui répondent au même besoin?

Selon vous, que peut apporter cette intervention aux survivantes du cancer du sein?

Comment pensez-vous que cette intervention pourrait s'intégrer aux pratiques actuelles?

Expliquez-moi quels sont les changements que vous devriez apporter dans votre façon de fonctionner présentement avec les femmes qui retournent au travail après un cancer du sein si vous mettiez en œuvre cette intervention.

- Qualifier l'écart perçu entre ce qui se fait et ce qui est suggéré par l'intervention.
- Ces changements sont-ils en compétition avec d'autres changements nécessaires?
- Ces changements sont-ils en lien avec une priorité pour votre milieu?

Cette question est la dernière de l'entrevue. Par contre, avant de terminer, j'aimerais savoir « y a-t-il des éléments qui vous semblent importants et qui n'ont pas été discutés? »

En terminant, je vous remercie encore une fois de votre participation.

ANNEXE 10 – APPROBATION ETHIQUE



**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
EN SANTÉ CHEZ L'HUMAIN**

Le 5 décembre 2013

Dre Marie-José Durand
Sciences de la santé communautaire, Hôpital Charles Lemoyne
Hôpital Charles-Lemoyne

OBJET: Projet # 13-182

Dynamiques influençant le processus de maintien au travail de femmes ayant eu un cancer du sein et intervention novatrice.

Dre Durand,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke a évalué le protocole de recherche ainsi que les documents afférents à l'étude citée en objet de la lettre.

La présente est pour vous informer que le CÉR a approuvé votre projet. À cet effet, veuillez trouver ci-joint le formulaire d'approbation.

Le cas échéant, veuillez également trouver ci-joint le formulaire de consentement approuvé par le CÉR et portant son sceau d'approbation. Vous devez utiliser des photocopies de ce formulaire pour obtenir le consentement des sujets.

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer mes sentiments distingués.

Annabelle Cumyn, MDCM, MHPE
Présidente du comité

Téléphone: 819 346-1110, poste 12856
Télécopieur: 819 820-6498
Courrier électronique: ethique.chus@ssss.gouv.qc.ca
Site WEB: www.crc.chus.qc.ca

HÔPITAL FLEURIMONT
3001, 12^e Avenue Nord
Bureau Z5-3014
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

APPROBATION ET ATTESTATION**Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke****MEMBRES DU COMITÉ :**

BERNIER, Louise, LL.D. juriste, professeure, UdeS
BOUFFARD, Nicole, infirmière, rep. scientifique, V-présidente
BRODEUR, Louise, B.F.A. représentante du public
CHENEL, Vanessa, M.A. représentante en éthique
CISSÉ, Aboubacar, D.Sc. professeur, FMSS
CLICHE, Jocelyne, LL.M. représentante du public / droit
CLOUTIER, Sylvie, M.Sc. pharmacienne, CHUS
CLOUTIER, Yvan, Ph.D. représentant en éthique, extérieur
CÔTÉ, Anne-Marie, M.D. néphrologie, CHUS
CUMYN, Annabelle, MDCM, MHPE, CHUS, Présidente
CYR, Claude, M.D. pédiatrie, CHUS
DESPATIS, Marc-Antoine, M.D. chirurgie vasculaire, CHUS
DESROSIERS, Sylvie, M.A. B.A.A., rep. en éthique, extérieur
ECHAVE, Pablo, M.D. anesthésiste, CHUS
FORTIN, Gilberte, Inf. représentante en éthique, extérieur

GRÉGOIRE, Nathalie, LL.M. avocate, extérieur
JOSEPH, Marie-Claude, rés. sc.cliniques, rep scientifique, CHUS
LAUZIERE, Denise, avocate extérieure
LEBLOND, Julie, M. Sc. pharmacienne, CHUS
MASSE, Vincent, résident infectiologie/microbiologie, rep.scientifique,CHUS
MÉNARD, Julie, Ph. D. représentante scientifique, CRC
MONETTE, Marcelle, Ph. D. représentante en éthique, Vice-présidente
NAUD, Marie-George, C.Ps. représentante du public
POIRIER, Marie-Sol, M.Sc., Ph.D.(c) rep. éthique / scientifique, V-présidente
QUENNEVILLE, Julie, M.Sc pharmacienne, CHUS
ROBERGE, Jean-Pierre, B.E.,représentant du public
ROUSSEAU, Marie-Pierre, M. Sc. pharmacienne, CHUS
SAVARD, Anne-Marie, LL.D. avocate, professeure, UdeS
VIGNEAULT, Raymonde, représentante du public

En raison de son implication dans le projet de recherche, la personne suivante, membre du comité d'éthique, n'a pas participé à son évaluation ou à son approbation : S/O

Approbation demandée par: Dre Marie-José Durand

Pour le projet # 13-182

Dynamiques influençant le processus de maintien au travail de femmes ayant eu un cancer du sein et intervention novatrice.

Approbation donnée par la présidence le 05 décembre 2013 pour 12 mois.

- ☒ Protocole complet : Novembre 2013
- ☒ Formulaire de consentement principal : 15 novembre 2013 v. fr
- ☐ Autre formulaire de consentement :
- ☒ Questionnaire(s) : Post-entrevue MAT (reçu le 31 octobre 2013); Post-entrevue NMAT (reçu le 31 octobre 2013)
- ☐ Amendement # : Date amendement :
- ☐ Autre :

Brochure /Monographie reçue pour évaluation:

En ce qui concerne l'essai clinique visé, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques, et
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.

5 décembre 2013

Signé par:

Annabelle Cumyn, MDCM, MHPE
Présidente du comité

Date de la signature

ANNEXE 11 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES SURVIVANTES DU CANCER DU SEIN

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE - SURVIVANTE

Titre du projet : Dynamiques influençant les processus de maintien au travail de femmes ayant eu un cancer du sein et intervention novatrice

Numéro du projet : 13-182

Chercheurs principaux : Dominique Tremblay
Professeure adjointe — École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke (Campus Longueuil)
Chercheuse — Centre de recherche
Centre de santé et de services sociaux Champlain Charles-LeMoyne

Marie-José Durand
Professeure titulaire, Université de Sherbrooke
Titulaire de la Chaire de recherche en réadaptation au travail (J.A. Bombardier et Pratt & Whitney Canada)
Directrice du CAPRIT

Chercheuse associée : Maryse Caron
Étudiante au doctorat en sciences cliniques à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi entre 8h et 16h, vous pouvez communiquer avec :

Pr. Marie-José Durand	Tél. : (450) 463-1835 poste 61466
Pr. Dominique Tremblay	Tél. : (450) 466-5000 poste 2885
Maryse Caron	Tél. : (819) 821-8000 poste 63725

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes une femme ayant eu un cancer du sein, que vos traitements actifs sont maintenant terminés et que vous étiez en emploi lors de votre diagnostic. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui vous pouvez communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes associées à celui-ci et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le cancer du sein est celui le plus diagnostiqué chez la femme. Avec les avancées de la médecine, de plus en plus de femmes survivent à ce type de cancer et désirent reprendre leur travail à la fin des traitements actifs. Or, on connaît très peu de choses quant à l'expérience vécue lors du retour et du maintien au travail par les femmes survivantes du cancer du sein au Québec, ce qui limite le soutien qui peut leur être apporté.

Le but de cette étude est justement de comprendre ce qui peut avoir une influence sur le retour et le maintien au travail à la suite d'un cancer du sein et d'élaborer au besoin une intervention visant le soutien pour les survivantes.

Le projet de recherche complet compte 2 objectifs et durera 24 mois. Votre participation est sollicitée seulement pour le premier objectif du projet soit d'identifier les éléments qui peuvent influencer positivement ou négativement le retour au travail après un cancer du sein. Pour cette étape, nous souhaitons rencontrer entre 8 et 16 survivantes du cancer du sein.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à l'étude, votre participation consistera à vous présenter à une rencontre d'environ 2h avec un membre de l'équipe de recherche. La rencontre se tiendra à un endroit et à un moment à votre convenance. Lors de cette rencontre, vous aurez à participer à une entrevue individuelle d'une durée d'environ 1h sur votre expérience de retour au travail après le cancer. Cette entrevue sera enregistrée afin de faciliter la prise de notes. Vous aurez aussi à remplir un questionnaire portant sur votre situation personnelle, votre situation de santé et votre milieu de travail. Par la suite, il est possible que nous vous contactions par téléphone simplement pour faire préciser certaines de vos réponses afin de s'assurer de notre compréhension.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

La participation à cette étude ne devrait vous créer aucun inconvénient ou risque particulier. Par contre, le partage d'une expérience lors d'une entrevue peut parfois faire surgir ou ressurgir des émotions ou des pensées. Si la situation vous semble difficile à gérer, n'hésitez pas et téléphonez à Maryse Caron (819) 821-8000 poste 63725 qui pourra vous orienter vers les services nécessaires.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir.

Les informations découlant de ce projet de recherche contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine du retour au travail après un cancer du sein et aideront éventuellement à l'élaboration d'interventions et/ou de services pour soutenir les femmes qui reprennent le travail après un cancer du sein.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants de la santé.

ARRÊT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur responsable de l'étude, l'organisme subventionnaire et le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, pour les raisons suivantes :

- Si de nouveaux développements scientifiques survenaient indiquant qu'il est de votre intérêt de cesser votre participation;
- Si le chercheur responsable du projet pense que cela est dans votre meilleur intérêt;
- Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche;
- S'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations que vous nous aurez fournies dont votre nom, âge et origine ethnique. Votre état de santé passé et présent ainsi que les traitements que vous aurez reçus.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de manière sécuritaire.

Les données de recherche seront conservées pendant 5 ans par le chercheur responsable.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS, par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire sécurisé maintenu par le chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable des projets ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

COMPENSATION

Si vous devez vous déplacer pour votre entrevue, nous vous rembourserons les frais encourus pour le déplacement et le stationnement jusqu'à un maximum de 10\$.

DROITS DU SUJET ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche sera partiellement soutenu par la Chaire de recherche en réadaptation au travail Pratt-Whitney et Bombardier.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant votre participation au projet de recherche SVP vous référer à l'encadré de la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUS au numéro suivant : 819-346-1110, poste 14525.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité, vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom du participant (lettres moulées)	Signature du participant	Date
Nom de la personne qui obtient le consentement (lettres moulées)	Signature de la personne qui obtient le consentement	Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée au sujet de recherche.

Nom du chercheur (lettres moulées)	Signature du chercheur	Date
---------------------------------------	------------------------	------

ANNEXE 12 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES EXPERTS DU TERRAIN

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE - EXPERT

Titre du projet : Dynamiques influençant les parcours de retour et de maintien au travail de femmes ayant eu un cancer du sein et intervention

Chercheurs principaux : Dominique Tremblay
Professeure adjointe — École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke (Campus Longueuil)
Chercheuse — Centre de recherche
Centre de santé et de services sociaux Champlain
Charles-LeMoine

Marie-José Durand
Professeure titulaire, Université de Sherbrooke
Titulaire de la Chaire de recherche en réadaptation au travail (J.A. Bombardier et Pratt & Whitney Canada)
Directrice du CAPRIT

Chercheur (s) associé (s) : Maryse Caron
Étudiante au doctorat en sciences cliniques à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi entre 8h et 16h

Pr. Marie-José Durand	Tél. : (450) 463-1835 poste 61466
Pr. Dominique Tremblay	Tél. : (450) 466-5000 poste 2885
Maryse Caron	Tél. : (819) 821-8000 poste 63725

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes un expert potentiellement concerné par une intervention de soutien qui sera développée au cours de cette étude sur le retour au travail après un cancer du sein. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui vous pouvez communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes associées à celui-ci et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le cancer du sein est celui le plus diagnostiqué chez la femme. Avec les avancées de la médecine, de plus en plus de femmes survivent à ce type de cancer et désirent reprendre leur travail à la fin des traitements actifs. Or, on connaît très peu de choses quant à l'expérience vécue lors du retour au travail par les femmes survivantes du cancer du sein au Québec, ce qui limite le soutien qui peut leur être apporté.

Le but de cette étude est justement de comprendre ce qui peut avoir une influence sur le retour et le maintien au travail à la suite d'un cancer du sein et d'élaborer au besoin une intervention visant le soutien lors du retour au travail des survivantes.

Le projet de recherche complet compte 2 objectifs et durera 24 mois. Votre participation est sollicitée seulement pour la deuxième étape du projet soit pour l'élaboration d'une intervention de soutien visant le retour et le maintien au travail des femmes après un cancer du sein. Pour cette étape, nous souhaitons rencontrer 5 experts.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à l'étude, votre participation consistera d'abord à prendre connaissance d'un document présentant une intervention de soutien qui sera élaborée et à participer à deux entrevues d'environ 30 minutes avec un membre de l'équipe de recherche. Les rencontres se tiendront à un endroit et à un moment à votre convenance. Quelques jours avant la rencontre, vous recevrez ledit document. Lors de la première rencontre, les questions porteront sur les activités et ressources potentielles à inclure dans l'intervention. Lors de la seconde rencontre, les questions porteront sur la faisabilité de l'intervention finale telle que modélisée. Ces entrevues seront enregistrées afin de faciliter la prise de notes.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

La participation à cette étude ne devrait vous créer aucun inconvénient ou risque particulier.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir.

Les informations découlant de ce projet de recherche contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine du retour au travail après un cancer du sein et aideront éventuellement à l'élaboration d'interventions et/ou de services pour soutenir les femmes qui reprennent le travail après un cancer du sein.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants de la santé.

ARRÊT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur responsable de l'étude, l'organisme subventionnaire (ou le commanditaire) et le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, pour les raisons suivantes :

- Si de nouveaux développements scientifiques survenaient indiquant qu'il est de votre intérêt de cesser votre participation;
- Si le chercheur responsable du projet pense que cela est dans votre meilleur intérêt;
- Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche;
- S'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Votre dossier peut comprendre des renseignements tels que votre nom, votre discipline et formation, votre lieu d'exercice et votre niveau d'expérience dans votre domaine.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de manière sécuritaire.

Les données de recherche seront conservées pendant 5 ans par le chercheur responsable.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS, par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire sécurisé maintenu par le chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable des projets ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

COMPENSATION

Aucune compensation n'est prévue pour votre participation.

DROITS DU SUJET ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche sera partiellement soutenu par la Chaire de recherche en réadaptation au travail Pratt-Whitney et Bombardier.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant votre participation au projet de recherche SVP vous référer à l'encadré de la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUS au numéro suivant : 819-346-1110, poste 14525.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité, vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

_____ Nom du participant (lettres moulées)	_____ Signature du participant	_____ Date
--	-----------------------------------	---------------

_____ Nom de la personne qui obtient le consentement (lettres moulées)	_____ Signature de la personne qui obtient le consentement	_____ Date
---	--	---------------

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée au sujet de recherche.

_____ Nom du chercheur (lettres moulées)	_____ Signature du chercheur	_____ Date
--	---------------------------------	---------------

ANNEXE 13 – PROPOSITION D’INTERVENTION PRESENTEE AUX EXPERTS DU TERRAIN

